{首席专家谈健康}

中国工程院副院长 第四军医大学校长

樊代明院士强力推荐

肺癌防治养生

FEIAI FANGZHI YANGSHENG

支修益 陈东红 编著

健康是一种智慧

最好的医生是自己，最好的治疗是预防！

附赠光盘讲座

|支修益| 首都医科大学肺癌诊疗中心主任

宣武医院胸外科主任

中国癌症基金会控烟与肺癌防治部主任

中国医师协会胸外科医师分会副会长

中国抗癌协会科普宣传部部长

权威可信

世界图书出版公司

{首席专家谈健康}

肺癌防治养生

中国工程院副院长 第四军医大学校长

樊代明院士强力推荐

- 预防肺癌 有章可循
- 物理治疗 局部控制
- 远离烟草 享受健康生活
- 饮食和运动 提升机体免疫力

权威可信

附赠光盘讲座

责任编辑 / 方 戎

封面设计 / www.flyond.cn

上架建议 生活保健

ISBN 978-7-5100-2666-9

定价：28.00元（配光盘）

首席专家谈健康

肺癌防治养生

FEIAI FANGZHI YANGSHENG

支修益　陈东红　编著

世界图书出版公司
西安 北京 上海 广州

图书在版编目(CIP)数据

肺癌防治养生/支修益,陈东红编著.—西安:世界图书出版西安公司,2011.1

(首席专家谈健康)

ISBN 978-7-5100-2666-9

Ⅰ.①肺… Ⅱ.①支… ②陈… Ⅲ.①肺肿瘤—防治 Ⅳ.①R734.2

中国版本图书馆CIP数据核字(2010)第220046号

首席专家谈健康

肺癌防治养生

著　　者	支修益　陈东红
责任编辑	方　戎
封面设计	www.flyond.cn
出版发行	世界图书出版西安公司
地　　址	西安市北大街85号
邮　　编	710003
电　　话	029-87214941　87233647(市场营销部) 029-87232980(总编室)
传　　真	029-87279675
经　　销	全国各地新华书店
印　　刷	西安市建明工贸有限责任公司
开　　本	787×1092　1/16
印　　张	14
字　　数	150千字
版　　次	2011年1月第1版　2011年1月第1次印刷
书　　号	ISBN　978-7-5100-2666-9
定　　价	28.00元(配光盘)

序 Xu

中国医学，有文字记载至少已逾三千年。关于中国医学的起源众说纷纭，有“圣源说”“巫源说”，还有“自然发生说”。我认为，医学是人类在与自然界长期相处、相识，甚至相争中，不断总结出来的护身、养身，直至“修身”的方法。医学出现之前，人类对自身几乎一无所知。那时生产力低下，靠刀耕火种，广种薄收，日出而作，日落而息。虽昼夜忙碌，却衣不蔽体、食不果腹，抓住什么吃什么，“吃了什么补什么”，“吃肝补肝、吃肾补肾”。在艰难发展的长河中，有幸出现了少数智者，他们把民间的一些偏方良法收集起来，进行总结，加上自己的改进和提高，逐渐形成了医学派系，自己也就成了当时的名医。其后，由于生产力的发展，医学实践逐渐增多，而且变被动收集为主动探索和发明，又因印刷技术等文明传媒问世和加速，特别是西方医学的引入，经过一次次革命，一次次飞跃，最终形成了中西医并存或结合发展的现代中国医学。

医学发展的长河，既艰难曲折又错综复杂，从浅知的正确到深知后错误，从局部的正确到全局时错误，从微观的正确到宏观时错误，从体外的正确到体内后错误，从过去的正确到现在的错误，甚至于科学的正确到医学的错误……反之亦然，始终充满着矛盾和斗争。何为“体外的正确到体内成错误”，或者“科学的正确到医学成错误”呢？比如，在体外，氯加钠经化学反应成为氯化钠，但氯与钠到体内就可能成不了氯化钠，这是“体外的正确到体内成错误”。又比如在体外，某种细菌对某种抗生素是抵抗的，但将这种抗生素用到感染了该细菌的病人体内却发现对这种细菌十分有

效，这个结论是“科学的正确到医学成错误”。又比如，过去按遗传学的中心法则，从DNA、RNA到蛋白质，是种瓜得瓜、种豆得豆。但是后来发现，在人体细胞并不完全一样，有时种瓜得不了瓜，却得了豆，所以人们又将其总结成了反向遗传学。因此，“科学”二字本身的含义、规定也应与时俱进，不然科学也就不科学了。

那么科学与医学又是什么关系呢?科学对条件的选择及规定是严格的、单一的、稳定的，而人体这个系统是复杂的、多因素的，是动态的。很多科学研究的对象是相对静止的，而医学研究的对象是丰富多变的。所以，同属科学的医学可谓一种特殊科学，与一般科学(或经典科学)有着许多不同。因此，社会上就可能出现这样的现象，某一个事件拿科学的标准可称真科学，但放到医学，或用医学标准衡量则成了“假医学”、“伪医学”，这也是医学为何极端复杂的原因。中国医学已经历了三千多年。我们可以把飞船送上太空，我们可以把导弹射向五洲，但我们对人体本身的了解却仍然所知甚少。

正因如此，历朝历代，何时何地都不乏神医巫婆、江湖骗子，他们利用人类对医学的缺知，利用普众对医学的浅知，利用医学复杂人们对其暂时的无知，利用医学与科学之间差异的错知，去蛊惑民众，去扰乱世界，去捞取钱财，甚则谋财害命。有的甚至打着真科学的旗帜去干“伪医学”的勾当，骗子是很奸猾的，他们不仅迷惑普通民众，有时连专业人士也被搞得目瞪口呆。有个肝癌病人，我劝他手术，他怕疼，不肯手术，三个月后复诊已届晚期，失去手术机会。体检时，我发现他肚子上系了条“元布袋”。我很奇怪，问他“元布袋”制作怎么越来越窄了。他一看，“糟了，原来装药那宽

的部分转到背部去了，怪不得无效”。一次开会我碰到“元布袋”的发明者，说他骗人，他说没骗。我说晚期肝癌你能治吗?他反问我，你能治吗?我说治不了，他说我跟你一样，当时令我七窍生烟，但无口回击。

近段时间以来，媒体连续曝出很多骗子，其实就全国各地而言这只是冰山一角，有“看相诊病者”，有“食疗第一人”，什么“绿豆汤学说”“长茄子理论”“辟谷防癌瘤”“喝牛奶致癌”“芒硝治百病”“无毒一身轻”“山药薏米仁”“断食排毒法”“祖传治癌方”……一时甚嚣尘上，千奇百怪。对这些骗人勾当，其人其事，媒体应该强力曝光直至横向到边，政府更应严厉打击直至纵深到底。广泛提醒民众，广泛唤起民众，形成过街老鼠，人人喊打，使其无人可骗，无处可藏，无地自容。

但反之一想，骗局能揭完吗?骗子能打尽吗?今天曝了张悟本，明天来个悟本张，这里打了林常光，那里又出常光林……更为忧心的是，民众与骗子间有“智商”的落差，骗子不是一般人，但他们骗的都是一般人。经常有不少民众，居然不信正确的一面，反而自愿去上当，自觉去受骗，真可谓“周瑜打黄盖”，有的愿打有的愿挨。这又给骗子提供了大量的可乘之机。

一块阵地，正确的不去占领，错误的必然去占领。在这个世界上，任何领域都不会以真空存在，不被净气拥有就被瘴气充斥。在医学领域，只有“正气存内”，才会“邪不可干”。多少年来，或者说自从医学诞生以来，我们关心的多是疾病的诊疗，对保健养生从来重视不够，这是造成医学骗子骗人的重要原因。作为医务工作者，我们时下的迫切任务，不仅要着力诊病治病，也要关注保健养生，以正确的医学常识全力教育民众。

foreword

世界图书出版西安公司邀请国内数名首席医学专家，组织各专业的精兵强将，写成了这一系列保健丛书。力图把本专业有限的知识用简单明快的语言告知世人，以达保护健康、呵护健康的目的。我有幸先睹为快，并愿介绍给广大医学和非医学的朋友参考。众所周知，医学知识正在不断发现，医学技术正在不断发明，医用药品正在不断发掘，医学事业正在不断发展，医生的能力也正在不断发挥。因此，这样的丛书不会一蹴而就、一劳永逸，应该不断地编下去、印下去、传下去。到这部系列丛书再版时，如有需要，我还愿为之再次作序。

中国工程院副院长、院士
第四军医大学校长
中华消化学会主委
中国抗癌协会副会长

2010年10月于西安

前言

Qianyan

第三次居民死亡原因抽样调查结果发现，我国恶性肿瘤死亡率属于世界较高水平，恶性肿瘤已成为我国城市居民的首位死亡原因。与环境、生活方式有关的肺癌、肝癌、乳腺癌死亡率呈明显上升趋势，其中肺癌上升幅度最大，过去30年上升了465%。肺癌已代替肝癌成为我国首位恶性肿瘤死亡原因，占全部恶性肿瘤死亡的22.7%，且发病率和死亡率仍在继续迅速上升。

自20世纪50年代以来，全球范围内大量流行病学研究证实，吸烟是导致肺癌的主要危险因素，因肺癌死亡的患者中，87%是由吸烟（包括被动吸烟）引起的。据世界卫生组织估计，全球有11亿烟民，其中8亿多在发展中国家。中国是世界上吸烟人口最多的国家，烟民约占世界吸烟人口的1/3。如果现在的吸烟模式不变，不及时采取有效的控烟措施，预计到2025年，我国每年新发肺癌病例将达到100万，成为世界第一肺癌大国。

早期肺癌很少有症状，因出现不适症状就诊者多属中晚期，治疗花费大而且疗效不佳，5年生存率仅约10%。因而，早期发现、早诊早治是提高肺癌治愈率、降低死亡率的关键。对于公众而言，最重要的是应该了解烟草危害的相关知识，提高健康体检意识，正确对待疾病，科学防治养生。

本书以肺癌防治为主题，内容涉及肺癌的预防、早期诊断、手术治疗、放射治疗、化学治疗、分子靶向治疗、各种微创物理治疗方法以及康复养生等。希望读者阅读本书后能够做到如下的知识更新：①病因防治。认识到控烟和健康的生活方式是预防肺癌、降低健康风险最为行之有效的措施。②健康查体。肺癌高危人群（长期大量吸烟和有肺癌家族史者）应定期查体，力争早发现，早治疗。③科学治疗。肺癌患者应正视现实，放松心

态，积极配合正规医院医生，制定科学、规范、合理的治疗方案，避免听信偏方、绝技等，使治疗少走弯路。④快乐生活。肺癌可防可治，为了自己的身体健康和家庭幸福，吸烟者应尽早戒烟，改变不良生活方式，使我们能呼吸到更加清新的空气，降低患癌风险。肺癌患者应放下思想包袱，善待自己，配合医生治疗，让自己的每一天过得快乐、充实。

本书作者均来自临床一线，对我国肺癌防治的严峻形势感受颇深，深感健康教育工作的重要性。利用业余时间精心编写了这本书，希望通过我们尽量通俗的语言，能将肺癌防治的科普知识传播给读者，使广大读者从中受益。不足之处欢迎大家批评指正。

编 者

2010年12月于北京

目录

第1章　来势汹汹的肺癌

第2章　预防肺癌　有章可循

第3章　手术治疗　最佳方案

Contents

目录

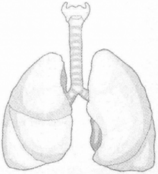
第7章　改变观念　肺癌的心理治疗

第8章　家庭护理　为康复打基础

Contents

第1章 来势汹汹的肺癌

Laishixiongxiong De Feiai



肺是人体呼吸系统的主要组成部分，是吸入氧气、排出二氧化碳，维持人体正常新陈代谢的重要器官。肺位于胸腔内心脏的两侧，分为左肺和右肺。其中左肺分为上下两个肺叶，右肺分为上中下三个肺叶，肺具有柔软的海绵样的构造，随着呼吸肺可以进行收缩和舒张。每个肺叶都由被称为支气管的管道与气管相通。随着不断分支，支气管逐渐变细，我们称之为支气管、细支气管、终末细支气管、呼吸细支气管、肺泡管等，支气管最末端的分支呈囊状，称为肺泡。我们的肺内有将近3亿个肺泡。肺泡管、肺泡都有毛细血管围绕，这是人体和外界进行氧气和二氧化碳交换的场所，氧气经过肺泡壁，被血液吸收，运送到身体的各个部位，人体产生的二氧化碳和其他废气由血液运输到肺内，通过肺泡壁进入肺泡，最终随呼吸被排出体外。成人肺泡的总面积达80～100平方米，平时有一部分肺泡处于关闭状态，在剧烈活动时全部肺泡都参与气体交换。

一、什么是肺癌

肺癌是指起源于支气管上皮或肺泡上皮的癌，医学上称为原发性支气管肺癌。肺癌是肺部最常见的恶性肿瘤，肺组织内支气管上皮细胞或肺泡上皮细胞在各种致癌因素作用下恶变为癌细胞，癌细胞失去控制地不断增长、繁殖，体积逐渐扩大形成实

体肿瘤。肺癌大多数发生于支气管,向肺周围以及中央生长;少部分发生于肺泡,沿支气管壁向其他部位蔓延。除在肺内不断增长外,癌细胞还可以进入淋巴管,转移至淋巴结;进入毛细血管,随血液循环转移至全身各处,比如肝脏、骨骼、头颅等器官。

肺癌的发生原因与吸烟有很大关系。研究发现,长期大量吸烟者患肺癌的概率是不吸烟者的10~20倍。开始吸烟的年龄越轻,肺癌的发生率越高。另外,吸烟不仅直接影响本人的身体健康,还对周围人群的健康产生不良影响,导致被动吸烟者肺癌患病率增加。

近年来,随着全球人口老龄化进程的加快、吸烟人群的增多和各种环境致癌因素的影响,世界各国特别是工业发达的国家和地区,肺癌的发病率和病死率均迅速上升,无论男女,在癌症死亡的患者中肺癌均居首位。我国20世纪70年代,肺癌的死亡率在恶性肿瘤中排在第四位,90年代上升为第二位。进入21世纪后肺癌死亡率已跃升至第一位,且远远高于其他恶性肿瘤的死亡率。



肺癌的分布情况是,右肺多于左肺,上叶多于下叶。起源于主支气管、叶支气管的肺癌称为中央型肺癌,而发生于肺段支气管远端的肺癌,位于肺的周围部位者称为周围型肺癌。肺癌在生长过程中一方面沿支气管壁延伸扩展,并穿越支气管壁进入邻近肺组织形成肿块,支气管内的肿块可造成支气管管腔狭窄或阻塞,导致肺内分泌物堆积,发生肺部感染。肺癌

进一步生长可以直接蔓延侵犯胸壁、膈肌、心脏、大血管、食管等邻近器官和组织。肿瘤的生长速度和转移扩散途径取决于肺癌的组织学类型、恶性程度等生物学特性。

专家提示

早期肺癌往往无明显症状，有时仅有咳嗽、低热等症状，很容易被忽视。因此肺癌确诊时80%已是晚期，错过了手术根治的机会。早预防、早诊断、早治疗是降低肺癌发病率和死亡率的重要措施，而改变不良生活习惯则是预防肺癌的关键。

二、为何肺癌患者越来越多

许多人都有这样一种感觉，肺癌患者越来越多，自己周围的同事、朋友、亲人，经常有人被诊断出患有肺癌。肺癌患者真的越来越多吗？

1 恶性肿瘤高居榜首

在19世纪，肺癌还是一种十分罕见的疾病。1910年以前，全世界医学文献报道的确诊肺癌病例总数不到200例。在此后的近100年间，随着全球人口老龄化进程的加快、吸烟人群的增多和各种环境致癌因素的影响，肺癌的发病率直线上升，迅速成为恶性肿瘤死亡原因的首位。20世纪70年代中期和90年代初期，卫生部在全国范围内开展过两次以恶性肿瘤为重点的居民死亡原因

调查，基本摸清了当时我国城乡居民死亡率水平及其主要死亡原因,尤其是恶性肿瘤的流行规律及分布特征。

近年来，随着我国社会经济的快速发展，城乡居民生活水平、饮食营养、环境状况等发生了实质性变化,尤其是人口老龄化、农村城市化、城市现代化和生活方式的变化等诸多因素,城乡居民健康行为和疾病模式也发生了变化。2007年第三次全国居民死亡原因抽样调查的目的是了解21世纪初我国城乡、不同类型地区居民以恶性肿瘤为重点的全部死因的死亡率水平、死因构成及其变化趋势，掌握主要恶性肿瘤死亡的地区与人群分布特征，为国家制定疾病预防控制规划、预防保健策略提供依据，并为建立健全肿瘤登记系统及研究重点疾病与相关危险因素的关系奠定基础。

2007年第三次全国居民死亡原因抽样调查结果发现：心脑血管疾病、恶性肿瘤和其他慢性退行性疾病成为我国城乡居民最主要的死亡原因。调查结果表明,脑血管病、恶性肿瘤是我国前两位死亡原因,分别占死亡总数的22.45%和22.32%,第三、四位是呼吸系统疾病和心脏病,第五位是损伤和中毒,前五位的死亡原因累计占死亡总数的85%。

我国城市前五位死亡原因依次是恶性肿瘤、脑血管病、心脏病、呼吸系统疾病、损伤和中毒;农村依次是脑血管病、恶性肿瘤、呼吸系统疾病、心脏病、损伤和中毒。与国际比较表明:我国传染性、营养不良性和母婴疾病死亡率明显低于世界平均水平。与发达国家比较,我国居民死亡率水平明显偏高,慢性疾病尤为突出,脑血管病是欧美发达国家的4~5倍,是日本的3.5倍;恶性肿瘤与美国、英国、法国接近,却高于亚洲国家(如日本、印度和泰

国）；心脏病接近美国、英国，却明显高于法国、澳大利亚、日本和泰国。

而我国恶性肿瘤死亡率属于世界较高水平，不同性别、地区差异明显。调查结果表明，我国城乡居民恶性肿瘤死亡率属于世界较高水平，而且呈持续的增长趋势。与前两次调查结果相比，死亡率比20世纪70年代中期增加了83.1%，比90年代初期增加了22.5%。

2 男性比女性更易患肺癌

按性别分析，恶性肿瘤死亡率男性明显高于女性。按地区分析，城市恶性肿瘤死亡率明显高于农村。恶性肿瘤是城市首位死因（占城市死亡总数的25%），农村为第二位死因（占21%）。从不同肿瘤死因来看，肺癌、结直肠癌、胰腺癌、乳腺癌死亡率城市明显高于农村；而肝癌、胃癌、食管癌、宫颈癌则农村较高。

虽然我国部分恶性肿瘤死亡率出现明显下降，但与生态环境、生活方式相关的肿瘤呈现持续性增长势头。城乡居民的肿瘤发病死亡构成正在发生变化，部分恶性肿瘤死亡率出现明显下降，肿瘤构成日益趋向发达国家的肿瘤死亡模式。

我国恶性肿瘤变化的趋势有两个特征：①食管癌、胃癌、宫颈癌、鼻咽癌死亡率及其构成呈明显下降趋势，其中宫颈癌下降幅度最大；②与环境、生活方式有关的肺癌、肝癌、结直肠癌、乳腺癌、膀胱癌死亡率及其构成呈明显上升趋势，其中肺癌和乳腺癌上升幅度最大，过去30年分别上升了465%和96%。

从城乡前10位恶性肿瘤构成来看，肺癌已代替肝癌成为我国首位恶性肿瘤死亡原因（占全部恶性肿瘤死亡的22.7%）。比较我国城乡肿瘤构成，尤其是城市地区，呈现类似发达国家的变化

趋势。目前肺癌已成为我国第一大癌症，且发病率和死亡率仍在继续迅速上升。根据卫生部全国肿瘤防治办公室提供的资料显示，自2000年至2005年间，中国肺癌的患者数估计增加了12万人，其中，男性肺癌患者从2000年的26万人增加到2005年的33万人，同期女性肺癌患者从12万人增加到17万人。目前我国肺癌发病率每年增长26.9%，如不及时采取有效控制措施，预计到2025年，我国肺癌患者将达到100万，成为世界第一肺癌大国。

3 吸烟是引发肺癌的主因

肺癌现在是我国发病率上升最快的恶性肿瘤。2004年北京人的肺癌发病率为71/10万，而在8年前这一数字还是49/10万。也就是说，北京人的肺癌发病率8年时间增长了近1倍。而肺癌的死亡率在恶性肿瘤中也是遥遥领先，每4例男性恶性肿瘤患者中就有1例是肺癌患者，每5例女性恶性肿瘤患者中就有1例是肺癌患者。我国吸烟人口数量的逐年增加被认为是肺癌高发病率和高死亡率的主要原因。统计显示，北京市成年男性的吸烟率为58.6%，女性为5.7%。如果中国目前的吸烟状况不变，那么，现在29岁以内的男性到2050年，将有近1亿人在中年或老年时因吸烟而死亡。女性死亡人数也将达到数百万。

专家提示

戒烟是既有利于自己，也有利于家庭成员身体健康的举动。戒烟1～2年后，呼吸道上皮细胞的不典型增生便有向正常细胞逆转的趋势，戒烟5年后，肺癌的发病率明显下降，15年后就会和从不吸烟人群的肺癌发病率相仿。

4 工业污染有害身体

肺癌的增多，一方面需从致病因素方面找原因，例如由于经济发展到来的工业污染和汽车尾气增多，以及吸烟者增加等。另一方面也要看到，在我国传染病的流行得到控制后，人口平均寿命显著延长，已达到新中国成立前的两倍多，而肺癌的发病率随着年龄的增大而逐渐增高，至80岁以后肺癌发病率才逐渐下降，这也是现在肺癌患者越来越多的原因之一。

5 3个危险的“20”

哪些人容易患肺癌呢?我们要记住3个“20”，吸烟烟龄20年以上的，20岁以下开始吸烟的，每天吸烟20支以上的。3个“20”里，只要有其中两条，就属于肺癌的高危人群，非常容易得肺癌。此外，有的烟民习惯一支接一支抽，一支香烟吸到不能再短时才扔掉，还有的人吸烟的时候吸得非常深，大部分烟都吸入了肺部，还有的人有慢性支气管炎，仍然“坚持”吸烟，这些行为都是非常有害的。除了吸烟者以外，慢性肺部疾病患者(如慢性支气管炎、肺结核等)患肺癌的危险也较一般人高。此外，长时间从事某些行业容易让人患上肺癌。主要有经常接触煤烟或油烟者，因煤、煤焦油或其他油类的燃烧产物具有致癌性。如接触煤气、沥青、炼焦工人肺癌发病率较一般人群为高。体内外接受过量放射线照射者，接触无机砷、石棉、铬、镍等的人也容易得肺癌。如接触量大，接触时间长，又缺乏防护，这些人群发生肺癌的危险比普通人群高。因此，应及时采取措施并进行职业病防治，同时也要向劳动者作好宣传，保证劳动者的健康。

统计表明，每日吸烟25支以上者的肺癌发病率为250/10万。未吸烟者的肺癌发病率为10/10万，如果他们之间的其他生活、工作条件相似，那么，每日吸烟25支者的肺癌发病率是未吸烟者的25倍，“25”这个数字就是每日吸烟25支以上者肺癌发病的相对危险度。肺癌高危人群就是指肺癌发病率高、肺癌相对危险度高的一部分人。为提高肺癌的早期发现及早期诊断率，以便更多地治愈肺癌患者，对医院内科门诊患者，凡40岁以上、每日吸烟20支以上或吸烟指数（每日吸烟支数×吸烟年限）大于400、有肺癌家族史者、肺癌发病率高的某些职业或工种的工作人员，应定期进行痰细胞学和胸部X线检查，有条件的地区应对肺癌高危人群进行低剂量螺旋CT进行筛查。对于有20年以上吸烟史的中老年人，每年参加健康体检有助于早期肺癌的发现。

三、厨房油烟 女性肺癌祸首

厨房油烟和妇女肺癌的发生有明显关系。此外，饮食业的厨师肺癌发病率较一般职业高，常在厨房做饭者比不常做饭者肺癌死亡率高出近1倍，其患肺癌的概率高于不常在厨房做饭的吸烟者。究其原因多半是由于烹调方式和饮食习惯所造成，可以毫不夸张地说，厨房油烟已成了威胁我们生命健康的隐形杀手。

不久前上海公布的一项长达5年的肺癌流行病学调查发现，中青年女性长期在厨房做饭时接触高温油烟，会使其患肺癌的危险性增加2~3倍。专家调查后认为，由于厨房做饭时高温油烟产生有毒烟雾，使局部环境恶化，有毒烟雾长期刺激眼和咽喉，损伤呼吸系统细胞组织，如果不加以保护，很容易诱发肺癌。

据该课题组统计，近几年上海女性肺癌的发病率上升很快，尤其是40~50岁女性患肺癌人数已接近男性达到1:1。对肺癌患者长达5年的追踪病因调查发现，70%的男性肺癌患者死于吸烟病因，只有18%的女性患者因吸烟或长期被动吸烟（丈夫吸烟、工作在吸烟环境）导致肺癌。在非吸烟女性肺癌危险因素中，超过60%的女性长期接触厨房油烟，做饭时经常有眼和咽喉的烟雾刺激感；有32%的女性烧菜喜欢用高温油煎炸食物，同时厨房抽油烟机设施老化、厨房门窗关闭，厨房小环境油烟污染严重；还有25%的女性家中厨房连着卧室，冬天很少打开窗户烧菜，高温油烟久久不散，甚至睡眠时也在吸入，有毒烟雾长期刺激眼和咽喉，损伤了呼吸系统细胞组织。调查表明，这种病因在城镇中老年女性肺癌患者中特别突出，危险因素是正常人的2~3倍。

1 健康烹饪　远离油烟

动物实验表明，菜子油、豆油加热到270 ℃~280 ℃时产生的油雾凝聚物，可以导致细胞染色体损伤，这被认为和癌症发生有关。不加热的油没有这种损害，加热不到240 ℃时，损害作用较弱。所以，食油加热温度过高，尤其是加热冒油烟时能产生大量有害的致癌物质，特别是油炸食品时，满厨房都是油烟，对身体危害很大。反复加热的油，如多次用来油炸食品的食用油，不仅本身含有致癌物质（所以应少吃油炸食品），它所产生的油烟中含致癌物也更多，危害性更大。临床分析发现，肺癌患者除了与吸烟关系较大外，还与经常熏闻油温过高产生的油烟有直接关系，这些患者多半50岁以上，有较长的烹饪史。

专家提示

研究发现，厨房油烟与烧菜时油的温度有直接的关系：当油烧到150 ℃时，其中的甘油就会生成油烟的主要成分丙烯醛，它具有强烈的辛辣味，对鼻、眼、咽喉黏膜有较强的刺激，可引起鼻炎、咽喉炎、气管炎等呼吸道疾病；当油烧到“吐火”时，油温可达350 ℃，这时除了产生丙烯醛外，还会产生凝聚体，不仅会使人产生“醉油”症状，还能导致慢性中毒，容易诱发呼吸和消化系统癌症。

2 从改变烹饪习惯开始

要远离肺癌，就请从远离厨房的油烟做起，提倡厨房通风设备的改进，倡导改变烹饪习惯。最根本的目的是减少油烟在厨房中的停留时间，对一般家庭来说，厨房要经常保持自然通风，同时还要安装性能较好的抽油烟机。此外，炒菜时的油温也要有所控制，尽可能不超过200 ℃(以油锅冒烟为极限)，多使用微波炉、电饭煲、电烤炉等厨房电器产品，尽量避免油烟的损害。并且在饮食上应注意多摄入富含维生素A、胡萝卜素的蔬菜和水果等。

四、肺癌会遗传吗

遗传是由于血缘关系，使一个家族内许多人患同一种疾病。如果父母亲当中有人患有某种癌症，其子女患同样类型癌症的可能性就比较大，也就是说癌症患者往往有明显的肿瘤家族史。

1 有癌症家族史要重视体检

调查结果表明，癌症患者发病率有血缘关系的高于无血缘关系的，近亲高于远亲，父系亲属与母系亲属之间则无明显差别，说明癌症的发病与遗传因素有一定的关系。对有肿瘤家族史的人群，进行定期健康检查以及安排重点的防护措施，是一种有效的预防方法，这对肿瘤的早期发现、早期诊断和早期治疗具有重要的临床意义。

2 癌症是基因与环境双重作用所致

10多年来，我国城乡人群的肺癌发生率呈显著而稳定的上升趋势，并已经成为危害人民健康的最严重的恶性肿瘤。据我国1975—1978年人口普查统计，总的患癌可能性，男性约为14.5%，女性约为9.5%。虽然生活在同一环境中，但患癌者只限于少数人，说明此少数人可能与某些先天因素如遗传有关。肺癌与鼻咽癌、乳腺癌一样，有家族聚集性。

中国医学科学院肿瘤研究所完成的一项“遗传多态性和吸烟与肺癌风险”的研究提示，尽管肺癌似乎有家族聚集现象，但至今还没有证据表明肺癌存在有特异性的易感基因。越来越多的研究支持肺癌是基因与环境相互作用引起的，致癌物代谢、DNA修复以及细胞增殖和凋亡控制基因的遗传变异等，都有可能是与吸烟有关的肺癌的重要遗传易感因素。因此，预防和减少肺癌发生的关键措施是戒烟。



健康短信

虽然肺癌可能具有一定的遗传性，但只是一种潜在的可能性，并不是必然性。为此，父亲或母亲曾患肺癌的人，不必背上包袱，只要不吸烟、避免与苯并芘等致癌物和促癌物频繁接触，适当注意营养和经常进行体格锻炼，即使体内芳香烃羟化酶较高，也不会增加致癌性，更不必担心会因此而患肺癌了。

五、癌症不是传染病

传染和遗传是两个完全不同的概念。感染是由于微生物包括细菌和病毒等在人群之间传播而引起的传染性疾病，如肺结核、肝炎等。而经国内外多年的医学研究发现，癌症是不传染的。

在患者体内的癌细胞，是一群失去控制的异常细胞，生长不受控制。它不仅破坏邻近正常组织器官，还可以通过淋巴管和血液循环向全身各处转移，并吸取大量营养，迅速生长和增殖，导致患者全身衰竭，直至死亡。虽然癌细胞在患者体内能够到处扩散或转移，但它不会像细菌和病毒那样，从一个人传染给另一个人。对自己而言，别人的癌细胞就是一种异物，机体通过强大的免疫排异能力，能将其他人的癌细胞破坏掉。因此，别人的癌细胞是无法在自己体内生存的。

肺癌对人类的健康和生命威胁很大。在20世纪40年代和50年代初，肺结核也曾是严重危害人民身体健康，甚至危及生命的疾病。但是，两者的本质不一样。肺结核是由结核杆菌引起的传染病，人们吸入了带有结核杆菌的灰尘，结核杆菌停留在肺内生

长、繁殖而患肺结核。肺癌不是由细菌或其他微生物引起的，而是肺部本身的细胞变异而形成的，因此没有传染性。



六、肺癌的两种类型

肺癌按其细胞形态特征和生物学行为分为小细胞肺癌和非小细胞肺癌两大类型。

1 小细胞未分化癌

小细胞未分化癌的细胞形态类似于燕麦颗粒，故又被称为燕麦细胞癌。约占所有肺癌的20%左右。多见于长期大量吸烟的年轻男性患者，小细胞未分化癌多起源于较大的支气管，因此大多数为中央型肺癌。小细胞未分化癌组织分化程度低、生长快，早期就可以发生淋巴结转移和血行转移，且淋巴结转移广泛，转移淋巴结体积往往大于肺部原发病灶。远处转移以脑转移和骨转移最为常见。小细胞未分化癌在所有肺癌类型中预后最差。对放射治疗和化学治疗高度敏感，但停止治疗后绝大多数会出现肿瘤复发。小细胞未分化癌的治疗方案与其他类型肺癌明显不同，强调以全身化疗为主，辅以局部放疗或手术治疗。

专家提示

小细胞未分化癌的生物学行为极为特殊，很早就可发生淋巴结转移和全身转移，其生物学行为和预后明显不同于其他类型的肺癌，因此小细胞未分化癌的治疗原则也不同于其他类型的肺癌。

2 非小细胞肺癌

除小细胞未分化癌外其他类型的肺癌统称为非小细胞肺癌,主要有以下几种类型。

◎ 鳞状上皮细胞癌

简称鳞癌,在肺癌的各种类型中以鳞癌最为常见,约占所有肺癌的30%~50%。鳞癌与吸烟的关系较为密切,一般多起源于较大的支气管，也就是说多为中央型肺癌，鳞癌一般生长较为缓慢,病程较长,发生远处转移较晚,并且通常首先经淋巴循环转移到淋巴结,之后才发生血行转移。在各种肺癌类型中,接受手术切除治疗的比例最高。

◎ 腺 癌

腺癌大多起源于较小的支气管黏膜上皮，因此腺癌多位于肺的外周部(即周围型肺癌),呈球形,靠近胸膜。腺癌患者以女性多见,并且和吸烟无明显关系。腺癌在疾病早期往往无明显症状,常常在胸部X线或胸部CT检查时发现,肿瘤生长较为缓慢,但在早期就可发生远处转移。有些腺癌病例是在出现远处转移

症状后经过系统检查才得以明确肺癌诊断。腺癌的发病率近年来逐渐增高，在西方国家已经占据所有肺癌类型的第一位，这可能与被动吸烟和大气污染加重有一定关系。

◎ 细支气管肺泡癌

细支气管肺泡癌是肺腺癌的一种特殊类型，发病率较低，占各种肺癌的3%左右，并且以女性多见。细支气管肺泡癌生长缓慢，分化程度较好，癌细胞沿肺泡壁和细支气管壁生长、播散，并不破坏肺组织结构。大多数细支气管肺泡癌位于肺野的周围部分，呈孤立的或多发的圆形或椭圆形结节，病变呈浸润性生长，可累及一侧全肺或双侧肺叶且常累及胸膜，产生胸腔积液，病变广泛时易发生呼吸衰竭。

◎ 未分化大细胞癌

未分化大细胞癌为较为少见的肺癌类型，半数以上起源于较大的支气管，肿瘤恶性程度高，体积巨大，早期无明显症状就能发生淋巴结或血行转移，有时在远处转移灶出现症状时才能做出肺未分化大细胞癌的诊断。

◎ 支气管腺瘤

支气管腺瘤是起源于支气管黏膜的黏液腺或腺管上皮的原发性低度恶性肿瘤。其发病率较低，只占所有肺癌类型的2%左右，多发生于较大的支气管，生长缓慢，肉眼观察肿瘤边界清楚，血运丰富，常常侵蚀邻近组织，也可发生远处转移，切除不彻底容易发生局部复发。

支气管腺瘤多见于年轻女性，常见临床症状为刺激性咳嗽、咳血，肿瘤常阻塞较大的支气管引起阻塞性肺不张和阻塞性肺炎。支气管腺瘤又分为以下类型。

① 支气管类癌　为最常见的支气管腺瘤，绝大多数起源于较大的支气管黏膜内含有神经内分泌颗粒的嗜银细胞，属中央型肺癌。主要在支气管黏膜下生长，可突入支气管腔内形成表面光滑富含血管的息肉状肿块，极易发生出血。有的支气管类癌同时向支气管腔内和腔外生长，在支气管内和支气管外都形成肿块。支气管类癌一般生长缓慢，病史较长，临床上可见咳嗽、咳血、支气管阻塞以及颜面潮红、腹泻等副癌综合征等症状。手术切除后治疗效果很好，手术后5年生存率可达80%以上。但部分非典型类癌可发生淋巴结转移和远处转移，预后较差。

② 支气管腺样囊性癌　又称为圆柱形腺瘤或圆柱瘤，比较少见。多起源于支气管黏膜腺管或分泌腺，大多发生在气管下端或近端主支气管。腺样囊性癌的恶性程度较高，常累及支气管壁及其周围肺组织，导致支气管阻塞，还可发生淋巴结转移和远处转移。

③ 黏液表皮样癌　为最少见的支气管腺瘤类型，起源于支气管黏膜内的黏液腺，常呈息肉状，有蒂，肿瘤表面黏膜完整，并可分泌黏液。黏液表皮样癌恶性程度较低，手术治疗效果良好。

此外，少数患者的肺部肿瘤中可同时存在两种或两种以上不同组织学类型成分。比如腺癌组织中存在鳞癌成分或鳞癌组织中有腺癌成分，小细胞未分化癌中有非小细胞癌成分。此种肺癌被称为混合型肺癌。

七、先分期 后治疗

科学、正确的临床分期是规范化治疗的前提。肺癌治疗前一定要进行各项临床分期检查，然后再谈论治疗方案。

1 肺癌分四期

准确的临床分期有助于医生为肺癌患者制定科学、合理的治疗方案，使那些已有远处转移、不应该做手术的肺癌患者避免承受开胸手术之苦，使那些原本并没有转移的肺癌患者得到及时科学的以外科手术为主的多学科综合治疗。

我们把肺癌分为I期、II期、III期和IV期，而I~III期肺癌又分别再分为Ia期、Ib期、IIa期、IIb期、IIIa期和IIIb期。

◎ 早期肺癌

局限于肺内的肿瘤没有外侵，并且没有肺门和纵隔淋巴结转移，我们称之为“早期肺癌”又称之为I期肺癌。

◎ II期肺癌

一旦有了肺门淋巴结转移，我们就把它定义为“早中期肺癌”，又称之为“II期肺癌”。

◎ IIIa期肺癌

如果出现了纵隔淋巴结转移(同侧)，我们就把他们列入“局部中晚期肺癌”又称之为“IIIa期肺癌”。

◎ IV期肺癌

肺癌患者出现了肺外转移，如颅脑转移、骨转移、腹腔转移时，就属于晚期肺癌，又称之为“IV期肺癌”。

2 早、中、晚期肺癌治疗方法各异

早、中、晚期肺癌的治疗方法是不同的，其治疗效果也是不一样的。判断肺癌早期、中晚期或晚期的检查办法，就是了解肿瘤的大小、部位、侵及范围、有无侵及周围组织器官、有无肺外其他脏器的转移，这就是我们常讲的肺癌临床分期。由于肺癌容易发生颅脑转移、骨转移和腹腔脏器转移，治疗前除外和确定有无肺外远处转移对医生和患者都至关重要。

临床上我们经常会遇到这样的病例，患者胸片和胸部CT发现肺部孤立性结节阴影，经气管镜活检确诊是肺癌，通过熟人介绍找到医生，胸外科医生不经任何分期检查，马上就给患者"成功地"实施了肺切除手术。自认为预后良好的患者，很短时间后就发现肺外有多发转移，如颅脑、肝脏、骨骼等部位的转移。事实上这些患者在手术前就已经出现了肺外转移，只是手术医生因为没有例行分期检查而未发现而已。如果术前作了腹部超声、颅脑磁共振、全身骨扫描等检查，就能够及早发现肺外转移，从而使患者避免开胸手术而选择其他的治疗手段。

3 TNM分期

肺癌最常用的临床分期方法是采用国际通用的TNM分期(T代表原发肿瘤大小，N代表淋巴结转移，M代表远处转移)。

肺癌临床分期检查包括了胸部CT扫描和纤维支气管镜，是进行肿瘤T分期最常用的手段，对于未能明确病理组织学诊断的肺内结节，纤维支气管镜穿刺活检和CT引导下肺穿刺活检是非

常必要的手段；电视胸腔镜对于不明原因胸腔积液的诊断有独特优势。颅脑磁共振、腹部超声或CT和全身骨扫描检查是排除肺外转移最常用的手段。

目前这些肺癌临床分期检查已经作为中国抗癌协会和中华医学会编制的肺癌临床诊疗常规检查项目，并且进入国家和各省市医保报销目录。如果患者的主管医生没有安排这些分期检查就直接安排手术，建议立即转院治疗。因为如果这位医生连手术前的分期检查都不规范，手术是否清扫纵隔淋巴结和术后的辅助治疗可能也不规范。

4 电视纵隔镜

近年来开展的电视纵隔镜可以准确判断纵隔淋巴结是否转移。大量的临床研究证实，有接近30%~50%的胸部CT提示纵隔淋巴结转移都是假阳性，随着PET、PET-CT和SPECT的应用，电视纵隔镜的开展和肺癌手术常规进行系统性纵隔淋巴结清扫，我们也发现有接近50%的胸部CT报告的纵隔淋巴结转移是假阳性，根本就没有转移。国外肺癌手术前都是常规行电视纵隔镜检查，我国只是在一些大的大学肺癌中心和少数肿瘤医院胸外科开展。首都医科大学肺癌诊疗中心/宣武医院胸外科已经常规开展胸部PET结合电视纵隔镜手术进行淋巴结分期。

5 分期检查新技术

近年来，正电子发射计算机断层扫描（PET和PET-CT）检查、和超声内镜引导下食管镜细针穿刺活检（EUS-FNA）和超声内镜引导下支气管镜活检（EBUS-TBNA）的临床应用，使肺癌治疗前纵隔淋巴结临床分期更加趋于准确。特别是正电子发射计算机

断层扫描（PET和PET-CT）检查，可以改变传统的临床分期，使医生制定的治疗方案更加科学合理，使患者更加受益。希望国家有关部门尽快将其纳入医保报销目录。

专家提示

肺癌分期检查项目已经列入北京市和许多省市医疗保险报销目录。这些检查是作为肺癌治疗前必须完成的检查项目，特别是对于那些认为需要手术治疗的中老年肺癌患者尤为重要。对于参与全国多中心和国际合作项目的肿瘤医院和肺癌中心就更为重要。

八、早期肺癌的蛛丝马迹

肺癌早期常常因病灶小（约有1.5%的患者在X线胸片或胸部CT片上找不到病灶），或肿瘤所在部位对周围肺组织影响不大，约有6%的患者可以没有任何临床症状。有时X线胸片上发现病变，或痰细胞学检查阳性时，仍然没有什么症状。肺癌的症状和体征与肿块发生的部位、大小和病理类型及肺癌产生的某些具有生物活性的物质，包括激素、抗原、酶等的不同，以及患者对癌症的反应程度。

三种早期症状

◎ 咳 嗽

肺癌早期的主要症状可有咳嗽、咳血、发热、胸背痛、胸闷、

气短或乏力等。咳嗽为首发症状者约占45%，中央型肺癌咳嗽症状出现较早，往往呈阵发性、刺激性呛咳，痰量较少或无痰。痰中带血或咳血为首发症状者约占20%，咳血是容易引起人们重视的症状，是肺癌的较有特征性的症状，往往是痰中反复带有鲜血丝或小血块，早期一般不引起大咳血。胸痛的部位在早期可呈弥散的、不固定的或呈持续性钝痛。少数患者可有喘憋或出现哮鸣音。

◎ 肺部疾病治愈后症状改变

慢性肺部疾患症状的改变。慢性支气管炎、肺结核、肺部各种疾病愈后发生瘢痕的患者，其肺癌发病率比一般人群高1~10倍或以上。当这些患者并发肺癌时，其原有症状常有所改变，如痰中反复带血丝，咳嗽发呛，胸痛加重且持续时间较长。



◎ 6种肺外表现

肺癌的肺外表现有杵状指（趾）、增生性骨关节病、皮肌炎、肌无力样综合征、内分泌紊乱等，可早于呼吸道症状出现，为早期诊断提供线索。

九、早发现 早治疗

由于晚期肺癌的治疗效果不佳，早诊早治就成了肺癌防治的重要手段。如何才能做到早期诊断呢？

1 定期体检

我们提倡45岁以上居民每年做健康体检，体检应包括拍摄X线正侧位胸片。如果你是一个烟民，即使才35岁，也应该每年参加健康体检。如果你是一个重度烟民，每天抽两包，抽了三四十年了，每半年就要做一次胸部的体检，这是简单易行、经济实惠的早期发现肺癌最好的办法。有条件的地区和单位，对于55岁以上的中重度烟民应进行胸部低剂量螺旋CT的筛查。

2 出现症状早就诊

如果出现刺激性干咳，痰中带血，有血痰，平时也咳嗽，但是咳嗽的规律，咳嗽的习惯跟以前不一样了，这些症状要警惕，要及时到医院就诊，拍摄胸片。

已有证据表明，单纯依靠胸部X线平片检查能够发现更多的早期肺癌，提高手术后生存率，但并不能降低肺癌的人群死亡率。近年来，各国已有许多临床研究证实，单纯胸片检查会漏诊部分早期肺癌，诸如心缘角后、脊柱旁和膈肌水平的肺部结节和直径小于0.5厘米的微小结节。建议55岁以上的中重度吸烟的男性烟民每年作一次胸部螺旋CT扫描。有条件的健康体检机构应将胸部螺旋CT扫描列入50岁以上人群健康体检的常规项目。医保部门也应尽快将肺癌高危人群的低剂量胸部螺旋CT扫描健康体检列入医保报销目录。

3 晚期肺癌的九种并发症

晚期肺癌可以引起一系列严重并发症，有些甚至可迅速威胁患者的生命，必须及时处理。这些严重并发症包括以下9种。

① 肺癌病灶内血管溃破导致的突发大咳血。

② 肿瘤堵塞支气管引起阻塞性肺炎等严重感染导致持续高热，甚至发生感染中毒性休克。

③ 肺癌转移至颅脑引起颅内高压综合征，严重者可发生脑疝危及生命，导致猝死。

④ 肺癌转移至心包引起大量心包积液导致患者出现心悸、气短、血压降低甚至休克。

⑤ 肺癌或其转移病灶压迫上腔静脉，引起上腔静脉梗阻即上腔静脉综合征，出现头颈部水肿、胀痛，甚至呼吸困难、神志不清等。

⑥ 由于黏稠的痰液或血凝块阻塞气管、支气管导致窒息。

⑦ 肺癌细胞分泌激素引起低血糖、低血钙、高血钙、低血钾、高血钾、低血钠、低血磷等代谢紊乱，出现频繁呕吐、晕厥、精神错乱、心律失常等。

⑧ 肺癌转移至脊椎引起脊髓受压导致肢体感觉和运动障碍，甚至截瘫、大小便失禁等。

⑨ 大量胸腔积液可导致呼吸、循环衰竭，严重者可威及生命。

十、肺癌的诊断

1 X线检查

X线检查是诊断肺癌最常用的也是最基本的手段之一。包括胸部透视、X线胸片、胸部CT扫描等多种方法。通过X线胸片检查可以了解肺部肿瘤的部位和大小。普通X线胸片可以比较清楚地显示肿瘤的密度、边界、胸膜改变、中心液化等特征，故一般先拍胸部X线平片，进一步检查时再作胸部CT扫描，在了解病变的位

置、与周围脏器的关系，胸膜小结节或少量胸腔积液、节段性肺不张、纵隔各组淋巴结肿大、肺部微小转移灶等方面胸部CT扫描优于普通X线胸片。

2 痰细胞学检查

多数原发性肺癌患者在痰液中可找到脱落的癌细胞，并可判定癌细胞的组织学类型。因此痰细胞学检查是肺癌普查和诊断的一种简便有效的方法。但阳性检出率不超过50%~80%，且存在1%~2%的假阳性。此方法适合于在高危人群中进行确诊。为了提高检出率，从咳痰起始就要重视，要从肺的“深”部咳出真正痰液，而不仅仅是唾液口水；其次要在痰液新鲜时就挑样涂片固定，然后染色读片。近年来发展起来的薄层液基细胞学技术使痰液细胞学检查的阳性率大大提高。

3 纤维支气管镜检查

纤维支气管镜检查的阳性检出率达60%~80%，通过光学纤维的照明放大图像使其阳性检出率远优于硬气管镜。通过支气管镜可直接观察支气管内膜及管腔的病理变化情况。发现癌肿或癌性浸润时，可钳取部分异常组织供病理切片检查，或吸取支气管分泌物做细胞学检查，以明确诊断和判定组织学类型。检查时注意声带活动度、隆突的外形及移动度以及各级（一般达4~5级）支气管口的改变如肿块、狭窄、溃疡等。

4 经皮肺穿刺

适应于外周型病变且其他方法又未能明确组织学诊断的患者，目前倾向用细针在CT引导下穿刺，此操作较安全，并发症较少。获得病理学诊断的概率在恶性肿瘤中为74%~96%，良性肿瘤

则较低，为50%~74%。并发症有气胸、少量咳血、发热，针道种植转移等。

5 纵隔镜检查

主要用于判断中心型肺癌纵隔淋巴结的转移范围。经胸骨切迹上缘短的横切口，沿中线纵向切开颈部带状肌及气管前筋膜，用手指在无名动脉与主动脉弓的后方钝性分离气管前筋膜，到达气管隆突区，观察气管旁，气管支气管角及隆突下等部位的肿大淋巴结，通过穿刺吸引或切取淋巴结活检供病理切片检查。

6 转移病灶活体组织学检查

晚期肺癌病例已有锁骨上、颈部、腋下等处表浅淋巴结转移或出现皮下转移结节时，可切取转移病灶组织作病理切片检查或穿刺抽取组织作涂片检查，以明确诊断。

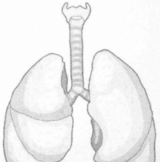
7 骨显像或发射型计算机体层扫描

由于骨转移病灶血流增加，成骨活跃和新陈代谢旺盛，与骨细胞亲和力高的^{99m}Tc-MDP(二甲基二磷酸)在骨转移病灶部位浓聚。它能比普通X线片提早3~6个月发现病灶，故骨显像可以较早地发现骨转移灶。如骨转移病变已达中期骨病灶部脱钙达其含量的30%~50%以上，X线片与骨显像都有阳性发现，如病灶部成骨反应静止，代谢不活跃，则骨显像为阴性X线片为阳性，两者互补，可以提高诊断度。

正电子发射计算机体层扫描(PET)应用PET可以更好的判定肺部病变的良恶性以及发现意料不到的胸腔外转移病灶。胸外转移病例中无假阳性率，但是在纵隔内肉芽肿病变或其他炎性淋巴结病变时，PET检查可以出现假阳性。这些病例需经细胞学或活检进一步证实。

第2章 预防肺癌 有章可循

Yufang Feiai Youzhang Kexun



癌症也叫恶性肿瘤，是一组可影响身体任何部位的100多种疾病的通称。癌症的一个特征是快速产生异常细胞，这些细胞超越其通常边界生长，并可侵袭身体的毗邻部位和扩散到其他器官，这个过程医学上叫做癌症转移。

一、惊人的数字

1 760万

癌症是全世界一个主要死亡原因。在2005年全世界5800万死亡总数中，癌症占所有死亡的13%(760万)。导致癌症总死亡率的主要癌症种类为：

☆ 肺癌(130万死亡/年)。

☆ 胃癌(约100万死亡/年)。

☆ 肝癌(66.2万死亡/年)。

☆ 结肠癌(65.5万死亡/年)。

☆ 乳腺癌(50.2万死亡/年)。

2 70%

2005年所有癌症死亡的70%以上发生在低收入和中等收入国家。预计全世界癌症死亡将继续增加。据估计，2015年将有

900万人死于癌症，并且2030年将有1 140万人死亡。

全世界最常见的癌症种类为，男性（按全球死亡人数顺序）：肺、胃、肝、结肠直肠、食管和前列腺；女性（按全球死亡人数顺序）：肺、乳房、胃、结肠直肠和子宫颈。

3 40%

通过健康饮食、身体活动和远离烟草，40%的癌症可予以预防。

烟草使用是全世界单一最大可预防的癌症原因。烟草使用造成肺、喉、口腔、胰腺、膀胱、胃、肝、肾和其他类型的癌症；环境烟草烟雾（被动吸烟）引起肺癌。全世界1/5的癌症是由慢性感染造成的，主要来自乙肝病毒（导致肝癌）、人类乳头状瘤病毒（导致宫颈癌）、幽门螺杆菌（导致胃癌）、血吸虫（导致膀胱癌）、肝吸虫（胆管癌）以及人类免疫缺陷病毒（卡波西肉瘤和淋巴瘤）。

二、致癌物的种类

由于负责细胞生长和修复的基因变化，从而发生癌症。这些变化是基因宿主因素与外部因素之间相互作用的结果，这些外部因素可归类为以下几种。

① 物理致癌物质，例如紫外线和电离辐射。

② 化学致癌物质，例如石棉和烟草烟雾。

③ 生物致癌物质，例如由病毒（乙肝病毒和肝癌、人类乳头状瘤病毒和宫颈癌）和细菌（幽门螺杆菌和胃癌）以及寄生虫（血吸虫病和膀胱癌）引起的感染。

由真菌毒素造成的食品污染，例如造成肝癌的黄曲霉毒素（曲霉属真菌的产物）。

烟草使用是癌症单一最重要的危险因素并造成多种癌症类型，例如肺、喉、食管、胃、膀胱、口腔及其他。

专家提示

虽然仍存在一些未解决的问题，但是充足的证据表明膳食因素也在引起癌症方面起着重要作用。例如缺乏水果、蔬菜和高盐饮食。

缺乏身体活动作为癌症的危险因素具有明显的作用。关于酒精引起若干种类癌症有着确凿的证据，例如食管、咽、喉、肝、乳房和其他部位癌症。

三、癌症早发现

癌症由一个单细胞产生。从一个正常细胞转变为一个肿瘤细胞是一个多阶段过程，通常从癌前病变发展为恶性肿瘤。癌症的形成可由外部因素和继承的遗传因素开始。老龄化是癌症形成的另一个基本因素。癌症发病率随年龄显著升高，极可能是由于生命历程中危险积累，加上随着一个人逐渐变老，细胞修复机制趋向失效。

1 如何减轻癌症负担

关于癌症原因以及关于预防和管理癌症的干预措施的现有知识是广泛的。癌症控制被理解为旨在将这些知识转变为实践

的公共卫生行动。它包括系统和公平实施以证据为基础的癌症预防、癌症及早发现和癌症患者管理战略。

通过实施癌症预防战略可减少多达1/3的癌症负担，这些战略的目的在于主要通过下列诸方面减少暴露于癌症危险。

① 烟草和酒精使用以及饮食和身体活动。

② 生活方式方面的改变。

③ 针对人类乳头状瘤病毒感染进行免疫接种。

④ 控制职业危害。

⑤ 减少暴露于阳光。

⑥ 如果及早发现和充分治疗，可治愈另1/3的癌症负担。

2 如何发现早期癌症

癌症的及早发现以观察为基础，即癌症发现越早，治疗越有效。目标是在癌症限于局部时发现它。癌症早期发现规划有两个组成部分。

◎ 教　育

教育，通过认识癌症早期征兆，例如肿块、疼痛、持续消化不良、持续咳嗽和身体管口出血，以及立即为这些症状寻求医疗的重要性，促进早期诊断。是不是有病，一定要进行临床诊断（千万不要听别人乱说）。

◎ 筛　查

筛查是通过检测手段在征兆可发觉之前查明早期癌症或癌前期患者。筛查检测可用于乳腺癌（乳房X线摄影）和宫颈癌（细胞学检测）。

3 早发现可提高治愈率

癌症治疗的目的是治愈癌症患者，延长生命和提高生活质量。一些最常见癌症种类，例如乳腺癌、宫颈癌和结肠直肠癌，在得到及早发现和根据最佳证据治疗时，有很高的治愈率。主要治疗方法是外科手术、放射疗法和化疗。依靠涉及成像技术（超声、内窥镜、X线摄影术）和实验室（病理学）的检查作出准确诊断对于适当治疗至关重要。

依靠姑息治疗，所有癌症患者的90%以上可实现缓解疼痛和其他问题。对于为癌症患者及其家庭提供姑息治疗服务，甚至在低资源环境中，存在着有效的战略。

继2005年5月在第58届世界卫生大会上通过一项预防和控制癌症决议之后，世界卫生组织正在制订全球癌症控制战略。该战略旨在依靠计划和实施癌症预防和控制战略，在全世界减少癌症负担和癌症危险因素以及提高患者及其家庭的生活质量。癌症控制战略被纳入世界卫生组织慢性病预防和控制全面框架。

四、癌症的症状

过去认为只有老年人易患癌症，其实不然。从我国1979年公布的主要死亡的占该年龄组各种统计结果表明，35~54岁中年人因癌症死亡的占该年龄组各种死因的21.58%，癌症在各种死亡原因中已居首位。而55岁以上的中老年人，患心血管疾病而死亡的占第一位，癌症死亡率占第二位。中年人之所以容易患癌症，其理由如下。

在生活或工作中,致癌因子作用于人体后,人体正常细胞转化为癌细胞往往需要十多年甚至数十年。如果在20~30岁接触了致癌物质,往往到40~50岁发病,这就形成中年人患病多的现象。

中年人在年龄增长过程中,伴随着生理功能进行性减退的征象。其中以免疫器官胸腺的萎缩最为明显,导致免疫功能的减退。加上中年人工作和生活负荷较重,精神压力也较大,这些都可造成机体免疫力降低,有利于肿瘤的发生和发展。

中年时期体内内分泌功能开始紊乱。如50岁左右的中年妇女正是进入更年期阶段,卵巢开始萎缩,月经不调,直至绝经。中年妇女是生殖系统和乳腺癌发病率突增的年龄组。

中年人自恃年富力强,撑得住。有的因为工作忙,也有的错误地认为癌症是老年病。有小小的不适,自己则不太注意,也不愿去医院检查。这些主观和客观的原因往往使中年人的早期癌症不易发现和诊断。

1 癌症早期的八大警告

癌症如能早期发现,早期诊断,大多数患者可以获得根治。但临床所见到的大多数患者不是早期癌症。癌症早期常无特殊症状,甚至毫无病态。故患者不会主动到医院就诊检查,而一旦症状明显又常常为期已晚。其实,一些症状和体征是可能和早期癌症有关的,可称之为"早期征兆"或"警告"。癌症的早期发现,除了政府的重视,医务人员进行普查外,还有赖于患者提高警惕,学会自我检查,自我发现。世界卫生组织(WHO)曾提出下列"八大警告"作为人们考虑癌症早期征兆的参考。

① 可触及硬结或硬变,例如乳房、皮肤及舌部发现的硬结。

② 疣(赘瘤)或黑痣而有明显变化。

③ 持续性消化不正常。

④ 持续性嘶哑、干咳及吞咽困难。

⑤ 月经期不正常,大出血、月经期外出血。

⑥ 鼻、耳、膀胱或肠道不明原因的出血。

⑦ 不愈的伤口,不消的肿胀。

⑧ 原因不明的体重减轻。

2 癌症的十大症状

下列十大症状,作为引起人们对癌症注意的警示。

① 身体任何部位,如乳腺、颈部或腹部的肿块,尤其是逐渐增大的。

② 身体任何部位,如舌头、颊黏膜、皮肤等处没有外伤而发生的溃疡,特别是经久不愈者。

③ 中年以上的妇女出现不规则阴道流血或分泌物(俗称白带增多)。

④ 进食时胸骨后闷胀、灼痛、异物感或进行性加重的吞咽不顺。

⑤ 久治不愈的干咳或痰中带血。

⑥ 长期消化不良、进行性食欲减退、消瘦、又未找出明确原因者。

⑦ 大便习惯改变,或有便血。

⑧ 鼻塞、鼻出血、单侧头痛或伴有复视。

⑨ 黑痣突然增大或有破溃、出血、原有的毛发脱落。

⑩ 无痛性血尿。

3 其他症状

除上述八大警告和十大症状外，还有以下一些征兆，也要高度警惕。

① 单侧持续加重的头痛、呕吐和视觉障碍，特别是原因不明的复视。

② 耳鸣、听力下降、回吸性咳痰带血、颈部肿块。

③ 原因不明的口腔出血、口咽部不适、异物感或腔疼痛。

④ 无痛性持续加重的黄疸。

⑤ 乳头溢液，特别是血性液体。

⑥ 男性乳房增生长大。

⑦ 原因不明的疲乏、贫血和发热。

⑧ 原因不明的全身性疼痛、骨关节疼痛。

另外，癌前病变也应视为早期征兆。如黏膜白斑病、皮肤慢性溃疡、瘘管、增殖性瘢痕(特别是化学药品烧伤引起的瘢痕)、萎缩性胃炎和肠上皮化生、直肠多发性息肉、皮肤角化症(特别是大小鱼际处的手掌角化症、乳腺囊性小叶增生病、宫颈糜烂、宫颈息肉等可发展为癌症。

4 八种癌症的早期征兆

必须强调指出，无论是八大警告还是十大症状中的任何一项，都不是癌症所专有的。有了这些项目中的一项甚至几项，也并不能说明此人就是患了癌症。例如，乳腺的血丝虫性肉芽肿和浆细胞性乳腺炎，就可引起极似乳腺癌的肿块和皮肤变化；下肢的慢性溃疡(俗称老烂腿)病程长达数年，但却非癌症；中年妇女

常见的子宫内膜增殖症的阴道真菌感染，亦可导致月经大出血和白带增多；食管炎和食管憩室也可引起进食时胸骨后闷胀、不适和灼痛等感觉；在引起血痰的原因中，肺结核似更为常见；慢性萎缩性胃炎患者常有消化不良及食欲减退等症状；溃疡性结肠炎及肠息肉也可引起便血；鼻息肉和偏头痛也可引起单侧鼻塞及头痛；在血丝虫流行区，也可因血丝虫病而引起乳糜血尿，等等。总之，有上述警号或症状中的一至几项，不一定就是患了癌症。不能把这些征兆看成是确诊癌症的依据，并因为有一至几个征兆，就惶恐万分，举家不安。但是，上述的警号和症状，又确实可能属于某些癌症的早期征兆，如果掉以轻心，往往造成延误诊断和治疗。

◎ 食管癌

吞咽食物有迟缓、滞留或轻微哽噎感，可自行消退，但数日后又可出现，反复发作，并逐渐加重。或在吞口水或吃东西时，总感觉胸骨有定位疼痛。平时感觉食管内有异物且与进食无关，持续存在，喝水及咽食物均不能使之消失。

◎ 胃 癌

突然出现原因不明的消化不良症状，而且比较顽固、进展快；突出的表现为食欲迅速下降、食后腹部饱胀感及不适感，同时，体重明显降低。或者，过去没出现胃痛（“心窝痛”），突然出现反复的胃痛；以前虽有胃痛，但近来疼痛的强度、性质、发作的时间突然改变，且原来治疗有效的药物变得无效或欠佳。

◎ 大肠癌

凡30岁以上的人出现腹部不适、隐痛、腹胀、大便习惯发生改变，出现便秘、腹泻或者交替出现，有下坠感，且大便带血，继

而出现贫血，疲乏无力，腹部摸到肿块，应考虑大肠癌的可能。其中沿结肠部位呈局限性、间歇性隐痛是结肠癌的第一个报警信号。下坠感明显伴大便带血，则是直肠癌的信号（大肠癌包括结肠癌和直肠癌）。

◎ 肝　癌

早期肝癌无特异性症状，如有亦多是癌前疾病的一些复杂表现。但是如果慢性肝炎或肝硬化的患者，右上腹或肝区出现刺痛或疼痛加剧，身体不适，食欲减退，进行性消化不良，伴有顽固性腹泻及体重明显下降时，应高度警惕。

◎ 鼻咽癌

鼻咽癌的早期征兆有一个共同特点，就是症状（和体征）多发生于单侧。单侧涕血（指擤出）、单侧鼻血、单侧耳鸣、单侧听力下降、单侧头痛、单侧颈淋巴结肿大。

◎ 脑肿瘤

主要表现为头痛和呕吐。头痛很特别，往往是在清晨醒来时头痛最重，起床后可逐渐减轻，以前额、后枕部及两侧明显。头痛多伴喷射状呕吐，与进食无关，尤其是疼痛剧烈时，而呕吐后头痛即减轻。

◎ 乳腺癌

乳房发生异常性变化，如摸到乳腺增厚或包块、胀感、出现微凹（“酒窝征”）皮肤变粗发红，乳头变形、回缩或有鳞屑等，疼痛或压痛，非哺乳期妇女突然出现单侧乳头流水（乳样、血样、水样液体）。

◎ 宫颈癌

宫颈癌的早期症状主要有性交、排便、活动后阴道点滴状出

血、血液混在阴道分泌物中。开始出现量少，常自行停止。

不规则阴道出血，尤其是停经多年又突然阴道出血。白带增多，呈血性或洗肉水样。下腹部及腰部疼痛。出现上述其中一项以上者都要及时进一步检查。重点是不规则阴道出血，接触性出血和白带过多。

◎ 白血病

发热、出血、贫血是(急性)白血病的三大早期症状。发热为37.5 ℃~38.5 ℃提示有感染，如皮肤、呼吸道、肠道、口腔、泌尿系统等部位炎症。出血可发生在任何部位，但以皮下、口腔、鼻、牙龈等处常见。出血程度可由淤点、淤斑以至口、鼻腔大出血。贫血是因为红系造血障碍和出血所致，且演进迅速，患者面色苍白。此外，可出现淋巴结肿大和骨关节疼痛，有特征意义的是胸骨轻压痛。

5 如何进行自我检查

除掌握上述癌症的报警信号外，学会自我检查方法，更有利于早期发现癌症。怎样进行自我检查呢?

最少每月一次自行触摸颈部、腋窝、腹股沟等处，检查是否有肿大的淋巴结。一般认为，小于花生米大小的淋巴结属于正常。肿大淋巴结质地如何，是否固定，有无压痛。

长期咳嗽时，应注意咳出的痰中是否有血丝掺杂，注意咳嗽的时间、胸痛的部位、血量的多少、血丝的颜色等。食欲不振并出现消瘦、上腹痛时，若伴有恶心呕吐，要注意观察呕吐物中是否带有黑褐色内容物，注意观察大便是否呈柏油状或带血，大便的形状是否有改变。

女性每天或每周观察白带是否混有血性分泌物，白带是否带有腥臭味。

每天大、小便的习惯有无改变。特别注意大便时有无疼痛感、下坠感及粪便的外形有无改变。小便时观察射程是否缩短，有无白色分泌物排出，有无血尿，会阴部是否有不适感等。

长期原因不明发热时，应注意测量体温，每日4次，早、中、晚、夜间各1次，连续3天，并做记录。必要时查血常规、血沉等。

男性应注意阴茎包皮是否过长，尿道口处是否有溃疡结节，阴茎冠状沟是否有易出血的菜花样肿物。

剧烈活动后出现四肢疼痛且活动受限制时，应注意四肢关节有无肿胀，皮下是否可触摸到肿物。若四肢长骨部位出现无痛性肿块，应及时去医院骨科就诊。

随时注意身体表面各部位的黑痣变化，看看是否在短时间内生长迅速、破溃。

五、癌前期病变

癌前期病变是指某些具有癌变潜在可能性的良性病变，它在形态上表现有细胞的活跃增生和一定异型性。及早发现和治疗癌前期病变，对预防某些癌瘤的发生有决定性意义。常见的癌前期病变如下。

1 黏膜白斑病

黏膜白斑病常发生于口腔，食管和外阴等处黏膜，呈白色斑块，因而得名。此种病变有可能发展为鳞状细胞癌，故临床上应

行手术切除治疗以防癌变。对于一些仅有上皮色素脱失，而无细胞明显异型性增生的病变，应属黏膜白色病，它不属癌前期病变。

2 宫颈糜烂

宫颈糜烂是妇女常见病，病变的发生和特征：宫颈的慢性炎症致使宫颈阴道部鳞状上皮破坏，而为单层柱状上皮所代替，故病变处呈粉红色或鲜红色，似乎黏膜发生了缺损，故称之为宫颈糜烂，在糜烂愈合期中，由于储备细胞的增生并化生为鳞状上皮而修复。慢性炎症过程如导致不完全鳞化和异型增生，少数病例在此基础上可演变为宫颈鳞状细胞癌。

3 纤维囊性乳腺病

常见于40岁左右的妇女，由于内分泌失调（雌激素过多）引起乳腺小叶内导管和腺泡上皮细胞增生，及其周围纤维组织增生，导管扩张，并可呈囊性扩张，如伴有小叶异型性增生或导管乳头状增生则易发生癌变。

4 结肠多发性腺瘤性息肉病

本症多数有家族史，发病年龄早、有易于癌变的倾向（约占40%~50%）。因此，应争取在癌变前得到诊断，并采取有效的预防性治疗措施。

5 慢性萎缩性胃炎和胃溃疡病

胃的慢性炎症和溃疡都可引起黏膜上皮的增生和肠上皮化生，有时还伴有异型性增生病，在病变慢性发展过程中，有的可

由异型性增生而演变为癌。对这两种病变,如胃黏膜活检发现有明显异型性增生时,临床上可考虑行预防性切除。

6 皮肤慢性溃疡

经久不愈的皮肤慢性溃疡,以小腿多见,有的可发生癌变,临床上应注意治疗和观察有无癌变发生。

乳头状瘤　外耳道、膀胱、阴茎及喉头的乳头状瘤,因具有潜在恶性,如手术切除不干净易于复发,并可恶变为乳头状癌,对此应引起警惕。

六、日常生活中的致癌物

1 尽量少吃冰箱隔夜菜

由于工作和生活节奏普遍加快,生活中一年四季都离不了冰箱,长期食用久放冰箱的食物,增加了病菌侵入胃部的概率。有的人上班自己带午饭中午用微波炉加热。但是午饭最好当日早上做,不要带隔夜的菜。这是因为青菜是提前炒好的,由于已放入盐,所以有不少钠离子处在菜肴中,维生素在碱性环境中特别容易氧化,导致青菜营养成分受到较大破坏;而隔夜的青菜会产生不少亚硝酸盐,长期吃会增加患胃癌等消化道肿瘤的风险。

在冰箱普及之前,人们经常用腌制或烟熏的办法保存食物,而这样的食物中含有大量的硝酸盐和亚硝酸盐,在胃中可转化为致癌的N-亚硝基化合物,从这个方面说,冰箱的普及和正确使

用降低了胃癌的发病率。但随着冰箱的普及,人们吃隔夜菜和回锅菜的概率也相应增加，不健康的饮食习惯又成了胃癌促发的一个原因。冰箱并非保险箱,在冰箱的封闭空间里,很多细菌繁殖的速度甚至更快，放在冰箱里的隔夜菜不仅没有得到保鲜反而被污染,而且很多菜经过回锅也易产生致癌物质。

2 远离使用中的微波炉

使用微波炉时应尽量离它远一些，微波辐射对人体的危害很大,开机后最少应距离微波炉1米以上,不要近距离盯着它转动,尤其是孕妇。

中国环境监测中心曾用专业仪器对电视、微波炉、空调、音响等6种常见电器进行了检测,检测结果显示,微波炉的辐射量位居榜首。据了解,电磁波作用于人体,严重情况下可能导致细胞功能的异常及细胞状态的异常。

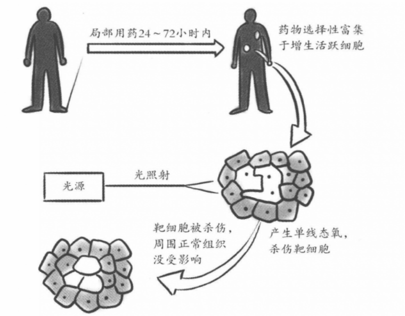
长期处于电磁辐射环境确实有可能导致男女激素分泌水平受改变，而微波炉工作时产生的物理性电磁波就是危险因素之一，相隔太近或使得内分泌受影响、人体免疫功能也可能被损伤。此外,紧盯微波炉内的转动加热工作对人的视网膜也有危害。

3 房间里的致癌杀手

到你的卧室里看看吧！您的化妆台上一定放着不少化妆品,可是化妆品中的甲醛、树脂会损害眼睛;爽身粉、脂粉中含有滑石,是一种致癌物质。衣柜里可能也少不了弹力紧身衣、尼龙裤、尼龙聚酯类合成纤维织物经人体加温后,可释放出微量的“塑料单体”。在加工时加入的松软剂、气溶胶及抗静电剂都对人体有

潜在的危害。

书房里的涂改剂、墨水清除剂、打印修改液用起来很方便，可是这些化学制剂中一般含有苯和汞等毒性化学物质。



厨房里各种洗涤用品中所含的表面活性剂、助洗剂及其他的化学添加剂能破坏皮肤表面的油性保护层，对皮肤造成腐蚀和伤害。洗涤剂中的化学成分对头发及人体的其他器官也有不同程度的侵害。残留在碗、盘子上的洗涤剂对家人的健康更是个威胁。另外，也许你还习惯把各种不同的清洁剂混在一起用，以加强去污效果。可是，家用清洗剂有的呈酸性，有的呈碱性，混合时可能会发生化学反应，如用洁厕剂除垢时可能产生刺激性的氨气或氨水，当氨水与具有漂白功效的清洁剂混合时容易产生有毒的氯氨气体，过量吸入后将导致肺部严重发炎及肺积水。

七、室内致癌物来源

1 来自建筑物自身的污染

建筑物自身的污染是室内“毒气”的第一来源。在建筑施工中使用的混凝土外加剂主要有两种，一种是在冬季施工过程中，在混凝土墙体中加入混凝土防冻剂，另一种是为了提高混凝土的凝固速度，使用高碱混凝土膨胀剂和早强剂。混凝土外加剂的使用，有利于提高混凝土的强度和施工速度。但是这些外加剂中含有大量氨类物质，在墙体中随着温湿度等环境因素的变化将被还原成氨气从墙体中缓慢释放出来。

同时，如果建筑中使用的石料、砖块中含有的放射性物质超标，会造成对人体十分有害的放射性污染。

2 来自装饰装修材料的污染

在室内装修和各类家具制作过程中，各种夹板、贴面板、木悄板、强化和合成地板等被大量地采用。他们采用的黏结剂中含有的有害物质——游离甲醛，在装修后和家具使用过程中就会逐渐释放出来。据资料显示，国家卫生、建设、环保部门曾进行过一次室内装饰装修材料的抽查检验，发现具有毒气污染的材料占68%。这些材料进入居室，会引起呼吸道、消化道、神经等各个器官和组织的30多种疾病。

3 来自室内家具的污染

目前市场上的家具材料良莠不齐，一些家具及其制作材料

中含甲醛、苯等多种污染物。中国室内装饰协会室内环境检测中心的相关资料说明，由于家具的室内空气污染已成为继建筑污染、装修污染后的第三大污染源。而有专家认为室内装饰材料，如胶合板、细木工板、中密度纤维板和刨花板等人造板材对于室内空气的污染力度相当地大。

4 来自日常生活污染

人们在日常生活中也不知不觉地“制造”了大量的有毒气体。例如厨房、浴室内煤气燃烧、烹调油烟、淋浴加热等均产生大量CO_2、NO_2、SO_2、可吸入颗粒物、卤代烃、多环芳烃等有毒污染物；摩丝、发胶类美发用品、空气清新剂、清洁剂、杀虫剂等有时也会产生有毒有害的化学气体。

我们完全可以采取措施将致癌物控制在最低限度，衣物尤其是内衣最好是纯棉，用洗涤剂时戴上橡胶手套，并且多漂洗几遍。在封闭的环境中以及老人、孩子的房间内，不要用有强烈气味的家用化学制剂。室外空气好的时候，记着一定要开窗通风。

八、穿免烫服装可致癌

近期，许多商家大打免烫服装促销。然而，有关专家却提醒广大消费者，不要盲目选择免烫服装，甲醛含量超标的免烫服装极有可能成为损害健康的杀手。

1 免烫衣服含有哪些化学物质

所谓免烫，主要就是增加服装面料的弹性和防皱性，使得服

装经家庭洗涤和干燥后不经熨烫或仅需轻烫，就能满足日常生活所需的外观平整度、接缝外观和尺寸稳定性的要求。为达到这种效果，服装在加工过程中一般都要进行树脂处理，而目前大部分树脂整理剂都是N-羟甲醛酰胺类化合物，它们在织物整理、服装制造和穿着使用过程中会释放出游离甲醛。

由于N-羟甲醛酰胺类树脂的广泛应用，目前在市场上销售的许多免烫衣物都还达不到上述国家规定的标准。如果免烫服装整理剂中的甲醛超标，在穿着的时候，游离甲醛会随着衣物和人体的摩擦渗透或挥发出来。长时间穿甲醛超标的服装，吸入低剂量甲醛逐渐累积也可以引起慢性呼吸道疾病、结膜炎、咽喉炎、哮喘、支气管炎等疾病；导致过敏性皮炎、胃炎、肝炎、手指及指甲发痛等症，甚至可能诱发癌症。所以消费者应该慎重选购免烫服装。

2 购买免烫衣服的注意事项

购买免烫服装，消费者要看商家在免烫服装的标志上是否标明了免烫效果和甲醛含量。如果没有标志或标志不清楚的，不要购买。消费者选购免烫服装后，最好洗涤一两次再穿。家里如果已经有免烫衣物，又不清楚是否含有过量甲醛，最好进行多次清洗，可以去除免烫服装中的部分甲醛。根据有关试验，衣物洗后甲醛含量能比洗前有明显减少，最多的能达到减少70%的效果。

由于免烫服装中含有的甲醛是一种无色气体，所以其含量的高低，是比较难以分辨的。选择免烫服装时注意到五个方面。

◎“看”

消费者要看商家在免烫服装的标志上是否标明了免烫效果

和甲醛含量。婴儿用品(24个月以内)甲醛含量应在20毫克/千克以下;直接接触皮肤的制品如内衣等应在75毫克/千克以下;不直接接触皮肤的制品如毛衣、裤子、裙子、大衣等应在20毫克/千克以下。超过国家标准的不要购买。免烫服装如果没有标志或标志不清楚的,更加不要购买。

◎“闻”

一些免烫服装使用的是尿素-甲醛树脂免烫整理剂,这种整理剂带酸性,高温时会分解释放出盐酸。消费者可以使劲揉搓服装面料,发热后闻一闻,如果甲醛超标会散发出刺激性气味。同时,如果经过洗涤,这种超标服装还会产生鱼腥味。

◎“洗”

消费者选购免烫服装后,最好洗涤一两次再穿。家里如果已经有免烫衣物,又不清楚是否含有过量甲醛,最好进行多次清洗,可以去除免烫服装中的部分甲醛。根据有关试验,衣物洗后甲醛含量能比洗前有明显减少,最多的能达到减少70%的效果。

◎ 慎购贴有“纯棉”“免烫”标签的衣物

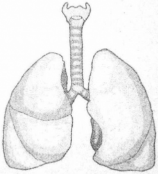
有许多贴有“纯棉”“免烫”标签的服装,免烫效果其实并不好。消费者与其购买这样的产品,还不如直接选择未经免烫处理的普通纯棉服装,同样洗涤后需要熨烫,但环保指标更有保障,对健康也更有保证。

◎ 选购知名品牌的免烫服装

尽量选购知名品牌的免烫服装。知名品牌生产厂家在生产过程中通过对甲醛进行捕捉和醚化改性,能够有效降低树脂整理剂中游离甲醛含量,所以成本较高的品牌服装,一般甲醛含量较低、免烫效果也较好。

第3章 手术治疗 最佳方案

Shoushu Zhiliao Zuijia Fangan



一、肺癌治疗九要点

肺癌已经成为危害人类健康的常见病和多发病，同高血压、冠心病和糖尿病一起被列为我国人群死亡原因的前三位疾病。

1 早期诊断很重要

成年人每年要常规参加健康体检，体检时一定要行胸片正侧位检查，有吸烟史20年的烟民最好行胸部低剂量螺旋CT扫描，有助于早期发现。同时重视肺癌的临床症状如刺激性咳嗽、血痰、胸痛、声音嘶哑等。高危人群的筛查对于肺癌的早期诊断更为重要。

2 科学就医不要盲目相信“伪科学”

一旦确诊肺癌后，一定要到正规的肺癌中心或肿瘤医院就诊，最好到地区以上的肺癌诊疗中心或三甲医院胸外科、肿瘤科和呼吸科就诊。千万不要相信什么“祖传秘方”和“特异功能”之类的伪科学，也不要将希望寄托在那些昂贵的保健品上。要科学理智地进行医疗消费。

3 确诊肺癌一定要先分期、后治疗

肺癌治疗前必须做胸部CT、颅脑磁共振、纤维支气管镜检查、全身骨扫描、腹部超声或腹部CT、血液肿瘤标记物。明确临床分期后再开始治疗，除外肺外转移后再决定手术治疗。千万不要“急诊”手术。因为不同分期的肺癌治疗策略不一样，治疗效果也

不一样。如果你的主管医生啥都不查就要给你做手术，建议你尽快转院。

4 外科手术有适应证

I期、II期和IIIa期非小细胞肺癌可以从外科手术中获得益处，IV期肺癌则原则上不应进行外科手术。近年来，随着微创胸外科技术的普及和有效的化疗药物以及靶向药物的临床应用，无限度的肺癌扩大切除手术已经不再提倡。因为这样的手术没有给患者的生存带来益处，许多晚期肺癌患者的肺癌扩大切除手术后生存期不足半年。化疗药物、结合靶向药物、放疗和射频消融治疗的效果是一样的。详情可登陆相关肺癌中心和专业学会网站。

5 肺癌化疗有一线化疗和二线化疗之分

一线化疗药物有诺维本紫杉醇、健择和泰索帝加铂类药物（铂尔定和顺铂）；二线化疗药物有泰索帝力比泰易瑞沙和特罗凯。化疗同时应用凯特瑞等药物可防治化疗药物所致的恶心和呕吐，惠尔血等药物可纠正化疗所致的骨髓抑制出现的白细胞下降。目前的治疗药物可以使肺癌患者体面地、有尊严地接受治疗。

6 局部物理靶向治疗手段效果佳

近年来出现的适形调强放疗、伽马刀、X-刀、氩氦刀等新技术是许多不能耐受手术的早期肺癌患者和晚期肺癌患者的治疗效果得以提高。特别值得一提的是，CT引导下的射频消融治疗是肺癌局部物理靶向治疗手段的代表作之一，适用于不能耐受手

术的早期肺癌患者和高龄肺癌患者。

7 靶向治疗创奇迹

近年来靶向治疗药物为成千上万的中国非小细胞肺癌患者带来了福音。易瑞沙在中国上市已5年，特罗凯在中国上市也已3年。给成千上万的化疗失败的非小细胞肺癌患者、不能够耐受化疗的中老年非小细胞肺癌患者带来生的希望。希望医保部门尽快启动“绿色通道”，将其纳入医保报销目录。

8 慎重选用肺癌治疗新技术

近年来一些投资商在各大医院投资购进了肺癌治疗新设备，用商业手段吸引各大医院肿瘤科胸外科医生为其介绍肺癌患者。其中，绝大多数治疗中心是聘请各大医院的肿瘤专家把关，但确有少数带有承包性质的医疗机构就是以赚钱为目的，没有专业的肿瘤专家把握质量关，其他综合治疗手段和药物都不具备，医疗质量也没有保障。请大家一定要慎重选用所谓的“新技术”。

9 多学科综合治疗肺癌

随着对肿瘤细胞生物学的认识、临床资料和临床经验的不断积累，国内外肺癌领域专家学者更多强调的是，肺癌一定要多学科综合治疗。小细胞肺癌是以化疗为主的多学科综合治疗，局部、早中期非小细胞肺癌是以外科手术为主的多学科综合治疗。

二、综合安排肺癌的四种疗法

早期肺癌病例如果病灶较小，且局限于一个肺叶内，如能及时进行妥善的治疗，清除癌变病灶，防止复发，可望获得根治。但是多数患者在明确诊断时肿瘤病灶已较大，并已侵及支气管、肺以外的器官组织，或已有远处转移。由于病变范围广泛，往往不能获得根治，仅可进行姑息性疗法以改善症状，减轻痛苦，延长寿命。因此早期发现，早期诊断，早期治疗，是提高肺癌疗效的关键。

肺癌的治疗主要有手术治疗、放射治疗、化学药物治疗、免疫治疗和中医药治疗等手段。在选择治疗方案时，应从患者全身情况、肺癌的临床病期、病理分型、有无重要的并发症来综合考虑。小细胞肺癌首选化疗，非小细胞肺癌多首选手术治疗。手术、放疗为局部治疗，化疗、免疫治疗、中医药治疗为全身治疗，应综合考虑和合理安排。

1 手术治疗

外科治疗已被公认为治疗肺癌的首选方法，选择肺癌的治疗方法时，对于非小细胞肺癌，除部分Ⅲb及Ⅳ期外，应以手术治疗或争取手术治疗为主，到目前为止根治性切除是唯一有可能使肺癌患者获得治愈从而恢复正常生活的治疗手段。即使是晚期癌症，有时也可先通过其他治疗手段使癌灶缩小，然后争取手术切除。如病变范围较小，术后合理安排综合治疗，绝大多数可延长患者生存期，甚至治愈。极早期肺癌患者，常常仅通过手术

即可治愈。

2 化学药物治疗

① 新辅助化疗　即手术前进行2~3周期化疗，以期使肿瘤体积缩小甚至降期,提高手术成功率和长期生存率。

② 围手术期化疗　术前3天起(包括术中)及术后两天,可应用化学药物治疗,以减少手术时癌细胞转移。T3以上的肺癌手术后宜加用胸腔化疗,以减少术后胸腔转移率。

③ 辅助化疗　手术后或放射治疗后进行化疗,目前已有充分的证据显示手术后辅助化疗能显著提高手术后长期生存率,并不增加手术并发症发生率。

④ 常规化疗　进展期肺癌或晚期肺癌患者均需予以化疗药物,以延长生存时间,改善肺癌引起的症状,提高生活质量。

3 免疫治疗

癌症患者常呈现免疫功能抑制,而且免疫功能越低,预后越差。应用免疫疗法作为治疗肺癌的一种辅助措施,可能有助于机体对肿瘤的抵抗能力。香菇多糖、云芝多糖、溶链菌等均为非特异性免疫增强剂，白细胞介素-2为代表的细胞因子治疗可改善患者症状,提高患者生活质量,延长生存时间。

4 中医中药治疗

按患者临床症状，脉象、舌苔等应用辨证论治法则治疗肺癌，可使一部分患者的症状得到改善。作为综合治疗的措施之一,适用于一些不适合手术和放、化疗或手术后复发的患者。

5 综合治疗

多种治疗方法联合应用，这样做既可发挥治疗的协同作用以提高疗效，又可减少治疗的毒副作用。综合治疗的内容大致可以包括以下5个方面。

① 对周围型肺癌（包括术前未确诊的小细胞肺癌）先进行手术，以后根据病理检查结果再予以化疗或放疗。

② 对局部淋巴结有转移但未发现明确远处转移的肺癌患者，给予术前化疗或放疗，争取手术顺利和最大限度保留健肺组织，术后再给予适当化疗或放疗。

③ 对未发现远处转移，但估计根治性手术有困难的肺癌患者，给予术前化疗或放疗，争取顺利进行根治性手术或加术中放疗，术后根据病理检查结果再予化疗或放疗。

④ 对较晚期不能进行手术治疗者，通常先化疗再放疗或化疗和放疗同时进行，起到协同作用，但同时化疗和放疗副作用较大，要配合中医中药，以减轻毒副作用和提高疗效，并可适当加用免疫治疗，促进康复。

⑤ 生物治疗与其他治疗相结合。生物治疗是近10余年兴起的较新的一种疗法，如细胞集落刺激因子（G-CSF，GM-CSF等）能适当提高化疗剂量以提高疗效。小剂量白细胞介素-2每日胸腔内注射，有利于术后癌性胸腔积液中癌细胞转阴。

近年来临床研究结果表明，有效的术前新辅助化疗和术后辅助化疗可以延长非小细胞肺癌的5年生存率。

肺癌在原发肿瘤很小时就有可能发生远处转移。

Ⅰ期肺癌手术后约有20%的患者出现局部复发或远处转移。

Ⅱ期肺癌手术后有30%~40%左右的患者会出现局部复发或远处转移。

Ⅲ期肺癌手术后有50%以上的患者出现局部复发或远处转移，临床上常见更多的是远处转移。

可以看出，即使早期肺癌手术切除后也可能出现局部复发和发生远处转移。近年来肺癌是全身性疾病的概念已经被医务工作者接受。因此，肺癌治疗不能只着眼于局部治疗，要时刻牢记肺癌是一种全身性疾病，需要外科、内科、放疗科等多学科综合治疗。

美国临床肿瘤协会主席强调“几乎所有恶性肿瘤都需多学科治疗”，提出了肿瘤内科、胸外科、放疗科、病理科、呼吸内科医师需要联合，共同为肺癌患者进行诊断、制定科学合理的治疗方案。肺癌治疗除了外科手术“这一把刀”，其实还有放疗、化疗、靶向治疗、中医药治疗。近年来临床广泛应用的还有伽玛刀、氩氦刀、射频消融、冷冻治疗和热疗、光动力治疗等多种局部物理治疗手段。但是每一种治疗手段都有它的适应证，切不可盲目听信推销商的夸大宣传，警惕一些明明可以通过外科手术根治的早期肺癌患者被虚假广告宣传所误导。

胸外科医生一定要根据患者具体病情和临床分期，综合地、科学地、合理地应用现有的局部和全身治疗手段，以期达到临床根治或延长患者生存、改善患者生活质量的目的。

目前肺癌多学科综合治疗模式包括手术+化疗、手术+靶向、化疗+靶向、射频消融+化疗、射频消融+靶向、化疗+放疗+靶向等多种相结合的治疗手段。总之，肺癌治疗不是一个学科的事情，一定要强调多学科综合治疗，在重视延长肺癌患者生存外，也要

重视患者的生活质量，给肺癌患者更多的临床受益。

近年来，随着新一代化疗药物和分子靶点药物的开发应用以及多学科治疗模式的发展，肺癌的疗效有了明显提高，总的5年生存率提高至15%，与20世纪80年代的8%比较已经有了明显进步。

三、为什么手术能治疗肺癌

肺癌的全称是原发性支气管肺癌，是指起源于支气管和肺的原发性恶性肿瘤。肺癌在自身发展过程中一方面不断长大，另一方面癌细胞会从肿瘤上脱落，进入淋巴管和血管，最终发生淋巴转移和血液转移（又叫远处转移）。如果在肿瘤未发生远处转移时，通过外科手术将原发肿瘤和局部转移淋巴结彻底切除，就有可能彻底治愈肺癌。

手术是最有效的治疗方法

外科医生尝试应用手术切除治肺癌最早可追溯到1821年的肺切除治疗方法。但直到1933年才获得真正意义上的成功。这一年华盛顿大学的Evarts A Graham医生在圣路易斯Barnes医院完成了历史上第一例成功的肺癌切除手术。患者James Lee Gilmore是一位48岁的男性产科医生，手术方式为左侧全肺切除术。手术后James Lee Gilmore继续开业行医，无瘤生活了30年，死于与肺癌无关的疾病。这一手术的成功给了外科医生以极大的信心，使人们确信外科手术可以治愈当时令人束手无策的肺癌。随着现代科学技术，尤其是医学科学的发展，医学科学家们发明了许多

治疗肺癌的新方法，比如放射治疗、化学治疗、免疫治疗、热疗、冷冻治疗等，但直到今天外科手术切除仍然是肺癌最有效的局部治疗方法。最新的资料显示，体检时通过行胸部螺旋CT扫描发现的早期肺癌，手术切除后超过90%的肺癌患者能够存活10年以上。

◎ 根治性手术

对于早期肺癌，手术治疗的目的是彻底切除肺部原发肿瘤及胸内的转移淋巴结，即所谓的"根治性切除"，目的是力求达到根除疾病。在不同的年代对根治性手术的定义也有所不同，在几十年前认为手术切除的愈多，如全肺切除，便是所谓的"根治术"。但全肺切除的弊端是显而易见的。因而早期所谓的"根治术"患者仍有不少在手术后出现复发和远处转移，长期生存期并未获得延长。近年来，肺癌手术原则强调"最大限度的切除病灶，最大限度的保护肺功能"，认为只要"彻底"地切除了肺癌病灶，手术切端阴性，就属于"根治性"手术。有些相对晚期的肺癌患者在经过手术前化疗后病灶明显缩小，为手术切除创造了条件，使难以切除的肺癌，达到了"根治性"切除，取得了较好的疗效。但应当指出的是，外科"根治性"手术，并非真正意义上的根除肺癌，要取得好的疗效，还是要通过多学科的综合治疗，才能提高肺癌的长期生存率。

◎ 姑息性手术

与"根治性"手术相对应的是"姑息性"手术，它是以切除全部或部分病灶、减轻肿瘤相关症状、减少患者痛苦为目的的手术。能够使肺癌患者咳嗽、咳血、发热等症状减轻、提高生活质量，延长生存期。另外有少数患者除肺部肿瘤外，经过仔细全面

的检查在肺外仅有单一的脑或肾上腺转移病灶，也可行胸部病灶及脑或肾上腺局部病灶切除术，这种扩大手术也属姑息性切除术。对“姑息性”切除术患者，手术仅作为综合治疗的一部分，手术前后的多学科综合治疗才能最大限度的提高肺癌的长期生存率。

专家提示

从医学发展规律来看，外科手术是局部治疗的一种手段，具有一定创伤性和破坏性，其发展最终将会被非手术或创伤小的治疗方法所代替。回顾结核病发展史，1944年特效的抗结核药链霉素问世，随之高效雷米封，利福平的出现，风行一时的肺结核外科手术治疗几乎被淘汰。妇科的绒毛膜癌通过大剂量化疗有显效后，目前极少需要手术。然而从肺癌首选手术治疗发展到非手术治疗可能还需要相当长的时间的，但从目前已出现的有效药物的苗头应该相信这一天终会来到。这也是科学发展的必然。

四、什么样的肺癌患者适合手术治疗

随着现代医学科学的发展，人们对肺癌有了更进一步的认识，认为肺癌不仅仅是一种局部疾病，而是一种全身性疾病。其治疗原则，由单一的手术切除演变为目前倡导的综合治疗原则。以手术为主的多学科综合治疗概念，已经逐渐为临床医师所接受。由于早期肺癌没有明显症状，而出现症状的患者确诊肺癌时多数已达晚期，失去了根治性手术切除的机会。因此，在确诊后

进行仔细的检查，详细了解肺癌患者的身体状况和肿瘤分期，确定能否进行手术治疗，就显得尤为重要了。

前面已经讲过肺癌的分期，简单来说，如果肺癌完全局限在肺内，未发现有淋巴结转移即为I期肺癌，如果已经发生了淋巴结转移，但仅仅局限在肺内或肺根处则为Ⅱ期肺癌，而如果纵隔淋巴结已经发生了转移，就属于Ⅲ期肺癌。决定能否行根治性切除的主要依据是肺癌的分期。简单地讲，肺癌手术治疗适用于I期、Ⅱ期和部分Ⅲ期的肺癌患者。也就是说如果患者肺部肿瘤局限在一侧胸腔，通过一侧开胸手术能将所有可见肿瘤及可疑转移病灶完全性切除，就应该进行外科手术治疗。

决定能否进行手术治疗的另一个关键因素是患者的身体状况，有没有常见的高血压、冠心病、糖尿病、慢性支气管炎、肺气肿等疾病。通过对患者全身一般状况的评估，预测其对手术的耐受程度，其中最重要的是对肺功能的评估。肺癌的手术原则是最大限度的切除病灶，最大限度地保留肺功能。

1 何谓肺癌微创手术

随着外科手术技术及麻醉技术的飞速发展，多数肺癌的外科治疗可以安全地通过微创手术完成。目前肺癌的微创手术治疗方法主要有胸腔镜手术和不损伤胸壁肌肉的开胸手术两种。胸腔镜手术的优点是创伤小，术后疼痛轻，恢复快，但有其局限性，主要适用于肿瘤很小且位置比较靠周边的早期肺癌患者。并且需要使用一次性手术器械，如内镜用切割缝合器，血管闭合器以及支气管闭合器等，价格昂贵。不损伤胸壁肌肉的开胸手术，就是在不损伤胸壁肌肉，不切除肋骨的同时，保证有一个安全的

手术视野，其切口长度仅为传统手术方法的1/3。应用常规手术器械即能完成绝大部分肺癌根治性切除手术。实践也证实不损伤胸壁肌肉的开胸手术适用于绝大部分有手术指征的肺癌患者，不但能彻底切除原发病灶，还能进行彻底的纵隔淋巴结清扫。目前在美国，不损伤胸壁肌肉的开胸手术治疗肺癌已经在绝大多数医学中心广泛开展起来，并成为肺癌外科手术治疗的标准方法。

2 手术治疗存在的问题

◎ 手术治疗比例过低

能够接受手术治疗的肺癌患者只占全部肺癌病例的20%左右。主要原因是肺癌没有明显的特异性症状，出现明显症状到医院就诊时疾病往往已达中晚期。

◎ 手术探查率高

肺癌手术探查率(也就是开胸后发现肿瘤不能切除)约10%左右，原因是现代肺癌诊断分期用的仪器设备与技术水平还不够理想，或不能合理正确应用。同时创伤性诊断手段(如胸腔镜、纵隔镜、纤支镜经气管或皮肺穿刺活检等)不易被多数患者，甚至一些胸外科医师所接受。术前认真讨论，对把握性不大的病例行多学科会诊，有益于减少探查率。

◎ 并发症发生率高

肺癌手术后并发症发生率高达40%~60%，其中严重并发症发生率为10%，包括术后出血需再次开胸止血，肺部感染呼吸衰竭需用呼吸机辅助呼吸，支气管胸膜瘘，严重心律失常、肺栓塞、心脑血管并发症等等。

手术死亡率相对较高。肺癌手术死亡是指发生在手术后30天内的死亡。20世纪50年代为40%,70年代9%~27%,目前为2%~11%,降低肺癌手术死亡率的关键在于:①严格选择病例,充分术前准备;②不断改进麻醉技术,减轻手术中肺损伤;③加强手术后呼吸道管理;④密切监测心肺功能及术后加强病房的护理。

五、肺癌手术有危险吗

随着医学科学技术的不断发展，肺癌手术的危险性正在逐渐降低。肺癌手术的住院期间死亡率在不同的医院有所不同,肺癌手术后的发生危险与患者肺部肿瘤的大小,手术方式,切除肺组织的多少,患者的身体状况,有无伴随疾病(如糖尿病、高血压、冠心病等)以及手术医生的技术水平、医院的整体医疗水平均有一定关系。一般肺癌手术的死亡率均小于5%,这意味着超过95%的适合手术治疗的肺癌患者将通过外科手术获得更好的临床疗效。

进行手术前医生会根据患者的具体病情将手术的风险和有可能发生的各种情况向患者及家属详细交代清楚。作为患者,应当始终对自己充满信心,乐观地接受手术。从多年的临床经验来看,患者的勇气和信心是战胜疾病的重要信心之一。

当然,手术后少数患者可能恢复不太顺利,会出现某些并发症。患者和家属都很焦虑。但作为患者,心中应确信,医生和护士一定会尽力为你治疗,解除你的痛苦,要有充分的信心,积极配合治疗和护理,相信一定会尽快康复。

1 何时需要开胸探查

肺癌的开胸探查指征为临床和影像资料包括胸部X线、CT以及PET高度怀疑为肺癌，但痰细胞学检查、纤维支气管镜检查、针刺活检等均不能取得病理、细胞学诊断的患者。

凡开胸探查者必须于手术前明确无胸外科手术禁忌证，有全部切除肿瘤的可能。对病变隐蔽的肺内病灶，应结合影像资料估计病灶的部位，仔细探查，发现病灶后应送冰冻切片，明确诊断，进而决定手术范围和手术方式。有时术前虽已估计不能手术切除，但为了明确诊断，决定下一步的治疗方案，可权衡利弊开胸单纯活检或经胸腔镜活检，此时需根据病灶部位决定切口位置。

对癌症在同侧胸内侵犯和转移较严重但尚能完整切除者，无论其对大血管及重要脏器侵袭程度如何，均应争取彻底完整切除。对肺癌外侵严重无法完整切除者，应取慎重态度，对极个别病例出于减轻其肿瘤负荷以及改善生活质量的目的，既然剖胸，应尽可能多地切除肿瘤组织，使其残留尽可能少，同时也为进一步的放疗、化疗等综合治疗提供有益的基础。对胸腔积液癌细胞阳性者，一般列为手术禁忌。

2 手术后的生存率依赖三点

在临床医疗实践中，经常会遇到这样的情况，部分肺癌患者手术治疗后生存时间较短，亲朋好友会说，某某没有做手术，活得比他时间还长，还不如不做手术等等。发生这种情况一般来讲主要有三个方面的原因。

①手术适应证的把握 手术的根本目的在于治疗疾病，从而延长患者的生存时间或提高患者生活质量。对于肺癌患者来讲，是否选择手术治疗，不仅仅在于肿瘤是否能够被切下来，还在于肿瘤是否已经有局部或远处转移以及患者的身体状况是否能够耐受手术等。对此，国际肺癌诊疗原则中有统一的规范化要求。但是在现实中，少部分医生由于受理论水平的限制或其他种种原因，在肺癌手术适应证的选择上并没有遵从这种规范的要求。他们常常认为只要肿瘤能够切下来，就算是手术的适应证，无原则地扩大切除范围，单纯为了做手术而做手术。这样做的结局就是，患者术后的生存时间非但没有延长，反而缩短，而且生存质量也大打折扣。

②医院以及外科医生的技术水平 一些小医院或手术技术能力较差的外科医生，他们在手术操作时由于受技术能力、责任心以及当地医院设备条件的限制，或者对于手术安全性的把握不够(患者可能存在严重心肺等重要脏器功能问题)。造成术中或术后出现严重并发症。所谓“手术后没几天就死掉了”的事情也往往就是缘于这种情况。

③个别病例情况比较特殊，尽管手术指征很明确，治疗方法也没问题，但术后病情仍然进展迅速，生存期很短。

国内外肺癌临床实践表明，I期(早期)肺癌患者如果经过规范的手术治疗，其5年生存率可以达到70%~80%。而一组关于肺癌自然病程的数据显示，如果不加任何治疗，I期肺癌患者的5年生存率只有7.5%。这样悬殊的差距足以说明手术在肺癌治疗中的重要价值。显然，并非人们所想象的那样——肺癌手术反而让患者死得更快。

3 选择最佳手术时机

事实上,手术治疗目前仍然是肺癌的主要治疗手段。问题的关键并不在于是否选择了手术治疗，而在于是否选择了最佳手术时机,是否对合适的患者进行了合理的手术。并非所有肺癌患者都适合手术治疗。统计显示,肺癌患者就诊时,约有70%的患者已经失去了手术机会。换句话说,对这些晚期患者若一味地坚持手术治疗,其结果很可能是“死得更快”。如果说手术可能加速患者死亡的话，那其实是因为对不适合手术的患者做了不该做的手术。另外,对于一些特定分期(如Ⅲa期)的肺癌患者,尽管手术治疗也同样可以延长他们的生存，但如果在手术切除前进行2~3个疗程的新辅助化疗则更能提高手术治疗的疗效,延长患者的生存期。对于这类患者,如果一开始就选择手术显然也是不合算的。凡此说明，肺癌的治疗并非简单的手术还是不手术的问题,而是在于是否严格的遵守了肺癌规范化诊疗的基本原则。只有遵从这些原则的手术才能真正延长患者的生存时间。

那么,肺癌的规范化治疗策略中到底包括那些主要内容呢?一般说来,早期(I期、Ⅱ期)肺癌,只要患者身体状况能够耐受,都应该首先考虑根治性的手术切除治疗，手术之后根据病情再用一些辅助性的化疗。再进展一些的,即Ⅲa期的肺癌,一般认为已经属于全身性的疾病了。这样的病例,单纯局部切除病灶显然不能解决根本问题,延长患者生存时间也十分有限。如前所述,规范的治疗原则中,这类患者应当在明确诊断后首先接受2~3个疗程的术前新辅助化疗,然后接受手术,手术之后再辅以化疗和(或)放疗。对于已经有临近脏器如心脏、大气道、胸壁等侵犯的

局部晚期肺癌，尽管根治性切除手术已经很困难或不可能，但一些旨在改善患者症状、减轻痛苦的姑息性手术，如心包开窗术、胸膜固定术，电视硬气管镜大气道肿物挖除术等，都对于提高患者生存质量具有不可替代的重要意义。对于已经有了全身远处器官转移的晚期肺癌，一些特殊情况，手术也是有意义的，比如，肺癌患者出现孤立的脑转移病灶者（临床比较常见），在转移病灶切除之后，再姑息切除肺内原发病灶，这样的治疗同样有可能延长患者的生存时间。

因此手术治疗非但不会让肺癌患者死得更快，相反它是肺癌现代治疗中不可替代的重要手段，而贯穿这一问题的一条主线，便是肺癌的多学科综合规范化治疗原则。

4 手术治疗的适应证

肺癌手术治疗应遵循“两个最大限度”的原则，即最大限度地清除肿瘤病灶、转移淋巴结和受侵犯的邻近组织，最大限度地保留健康肺组织。但由于70%~75%的肺癌患者就诊时已不属早期或不具备手术切除的理想条件，为提高术后5年生存率和生活质量，严格掌握手术的适应证就显得非常重要。手术适应证有以下4点。

① 原发性肺癌经细胞学或组织学确诊的Ⅰ期、Ⅱ期肺癌，以及部分Ⅲ期病例，且全身情况可耐受手术者。

② 转移性肺癌原发灶已治愈1年以上，肺内单个病灶经系统检查无原发肿瘤局部复发、无其他脏器转移。

③ 肺内孤立球形病灶病变位于肿瘤常见部位如肺上叶前段，经痰脱落细胞学、纤维支气管镜检查或经皮肺活检不能确

诊，在分层片或CT中见有肺癌特征性表现，如分叶、毛刺、空泡等，临床高度怀疑为肺癌，且具有肺癌高危险因素，应考虑剖胸探查，根据送检冷冻切片结果，决定手术方案。

④ 叶性、段性肺炎或肺不张应先作纤维支气管镜检查，90%以上的中央型肺癌可获细胞学或组织学阳性结果。但此类肺癌有时仅表现为支气管黏膜下浸润，组织学和细胞学阳性诊断率较低，应结合临床决定剖胸探查。

5 晚期肺癌是手术禁区吗

追溯肺癌患者的病史，绝大部分患者都有按其他疾病治疗的阶段，到确诊时，已有近80%的人发展到Ⅲ期或Ⅳ期（即晚期），部分患者癌组织已侵入心脏及大血管。随着医学检查手段的发展和外科手术技术的提高，侵犯心脏及大血管的晚期肺癌患者的手术禁区已被打破，并有成功痊愈的病例。患者的生命得以延长，生存质量也明显提高。

对于仅侵犯邻近组织器官，而无远处转移的非小细胞肺癌，单纯进行放疗或化疗效果极差，一般仅能生存3~6个月。而切除肺癌并进行心脏及大血管部分切除及重建术，已经取得了较好的近期与远期疗效。因此，只要患者身体情况允许，又能做到根治性切除肿瘤，就应该尽可能地采取手术治疗。扩大根治性手术已成为晚期肺癌外科治疗的发展趋势。

准确判断心脏和大血管的受侵程度并排除远处转移，是手术成功的基础。磁共振与螺旋CT扫描检查没有影像重叠，能清晰地显示纵隔，从多角度及不同断面动态观察病变情况。还可以进行心脏血管造影，准确判断肿物与毗邻组织、器官的关系。支气

管镜检查必不可少,可确定肺叶和气管切除的范围。

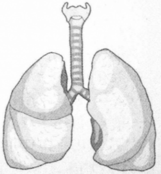
根据术前诸项检查结果和术中探查情况，可确定手术切除范围和手术方式,如肺叶或全肺切除、支气管袖式切除、隆凸成形、血管置换、血管修补成形、自体肺移植等。心房切除范围应限于心房容积1/3以内。

术后要严密观察患者的病情变化,给予及时妥当的处置。中心型肺癌累及心脏及大血管时增加了手术的复杂性，创伤也较大。因此,围手术期的处理非常重要:一是要加强呼吸道管理,保证排痰、供氧。二是有针对性应用抗生素,达到足时、足量。三是合并全肺切除者补液量及补液速度要适当控制，防止发生肺水肿或心功能不全等。



第4章 物理治疗 局部控制

Wuli Zhiliao Jubu Kongzhi



一、什么是物理治疗

传统肺癌治疗包括手术治疗、放射治疗、化学治疗和中医药治疗。但近年来，随着医学治疗技术的发展，新的物理治疗手段不断出现。采用物理学方法治疗肿瘤古已有之。古埃及的纸草文字中，曾有用烧灼法治疗“乳腺隆起肿块”的记载，古希腊人已经通过热疗来治疗溃疡新生物。我国民间用加热的金属器物烫灼“乳岩”“乳癖”也已流传千年，并创造了炙术，现在民间仍然有用火针、烧红的小烙铁来治疗浅表肿瘤的例子。不过，这种原始的对疾病的治疗技术直到近代才引起医学界的重视，从18世纪后叶才有了初步科学的记述。百余年来，放射治疗迅速发展，成为肿瘤治疗中公认的三大手段（手术、化疗、放疗）之一，乃至放射治疗几乎成了肿瘤物理治疗的代名词。

20余年来，随着肿瘤综合治疗理念的发展，各种物理治疗手段越来越多地渗透到肿瘤治疗领域。除放射治疗继续取得长足进展外，电、光、热、冷、超声、射频、微波等各种物理手段都用于癌症的治疗，新技术新设备不断涌现，包括：伽玛刀、光子刀、质子刀、超声聚焦刀、聚能刀、激光刀、氩氦刀、射频消融、全身热疗等等。新技术在治疗肺癌的过程中，具有一定的优势和疗效。但是，并不能代替传统的治疗手段，更不会像一些医疗机构宣传的那样神奇。主要是由于这些新技术所处的发展阶段不同，有的已经相当成熟，有的虽已趋成熟，但因应用于临床不久，尚需积累经验，使其不断发展。少数技术则处于试验阶段，虽有明确应用前景，但还未获准进入临床。还有一些尚在实验室内处于萌芽状态，应用前景不明确的理念性的新技术等等。我们只介绍已广泛应用于临床，疗效肯定，并成为肿瘤治疗规范的部分物理治疗手段。

1 物理治疗新技术的适应证

① 明确的影像学或病理学诊断。

② 一般情况中等以上，身体状况评分60分以上。预计生存超过3个月。

③ 有手术禁忌或不愿意手术。

④ 探查肿瘤后无法切除、手术失败或手术后肿瘤残留，但病灶尚局限。

⑤ 术后肿瘤局部复发，病灶局限在原发部位。

⑥ 病灶最大直径≤5厘米。

2 物理治疗新技术的禁忌证

① 一般情况很差，难以耐受物理治疗。预计生存期少于3个月。

② 恶病质患者。

③ 全身广泛转移。

物理治疗新技术的优势与现状。

3 优势

① 无创或微创。

② 局部疗效确切，优于化疗和生物靶向治疗。

③ 对早期肿瘤可起到根治作用，中晚期肿瘤达到减瘤作用。

④ 定位准确，在最大限度消灭肿瘤的同时，能最大限度地保护正常肺组织。因此又将这些新技术统称为肿瘤物理靶向治疗技术。

4 现状

① 各种肿瘤物理靶向治疗技术各有优缺点。

② 须严格掌握其适应证。

③ 强调综合治疗。

二、什么是放疗

放疗即放射治疗是恶性肿瘤治疗的三大手段之一，国内外统计数据表明，约有60%~70%的癌症患者需要接受放疗。放疗治疗肿瘤的原理是利用放射线对癌细胞进行杀灭；但由于肿瘤细胞生长在正常组织中，而且其形状很不规则，因此以前放疗的时候，必须将放疗范围扩大以达到不使癌细胞遗漏，但是这肯定有很多正常组织也受到了不必要的照射，其后果是增加了放疗的副反应，而且由于副反应增加，不能进一步增加放疗剂量（强度），有很多肿瘤达不到根治。作为一种局部治疗的手段，理想的放疗是最大限度地杀灭肿瘤细胞，同时最大限度地保护周围正常组织和器官，即最大限度地提高放射治疗的治疗增益比。最好的放疗要像现代的精确制导导弹，指到哪里打到哪里，而不伤害无辜。

目前，为了提高肿瘤治疗的精确性和对正常组织有效的保护，从而提高患者生存率和生存质量，放射治疗已成功地从常规放疗技术发展为以三维适形及γ-刀等立体定向放疗为代表的精确放疗技术。目前，不能做根治性手术的肺癌患者有64%的人需要立即放疗，30%的患者10个月内需要放疗，而只有6%的患者不需要放疗。放疗在肺癌治疗中的地位已经举足轻重，只要运用得

当，随着放疗技术的不断进步，有理由相信，放疗手段一定能给肺癌患者带来美好的春天。

早期肺癌是指无淋巴结转移的肺癌，局部晚期非小细胞肺癌是指局部侵犯大血管、椎体、对侧纵隔或锁骨上淋巴结转移肺癌。近几年来国内外研究证明，早期肺癌精确放疗后的5年生存率可达60%，局部晚期非小细胞肺癌同步放化疗后5年生存率可达20%，值得引起广大医务工作者的注意和提倡，让更多的肺癌患者从新的放疗技术中获益。



知识链接

放疗即放射治疗，是利用电离辐射来治疗肿瘤的一种方法。“放疗”是肿瘤患者耳熟能详的一个名词。它是利用放射线来杀灭肿瘤细胞，达到控制癌细胞生长和扩散的目的，是恶性肿瘤的主要治疗手段之一。从最初居里夫人发现了镭，并使用了镭疗，到深部X线治疗，以及现在的光电子放疗，仅有几十年的历史，但60%~70%的肿瘤患者在治疗过程中要应用放射治疗，根据治疗的目的可以分为根治性治疗和姑息性治疗。

1 哪些患者可选择放疗

① 小细胞肺癌由于癌细胞转移早，并且对化疗敏感，因此放疗并不作为首选方案，应当首先进行化疗，等到3~4个周期以后，肿块缩小，再考虑进行放疗，这样才能获取最佳效果。

② 对于早期非小细胞肺癌（包括鳞癌和腺癌）患者，虽然仍然以外科手术作为首选方案，但是对于那些因为本身具有心脏或肺部基础病变的无法承受手术负担的患者，经临床研究证实，精确放射治疗可获得与手术治疗相似的结果。同时对于那些局部发生晚期癌变但是没有远处转移者，向肿瘤根治的方向发展的根治性放疗都能达到比较令人满意的目标。

③ 对于那些不能手术，局部已经晚期并发生骨转移或者脑转移的患者，选择姑息性放疗则可以有效地提高患者的生存质量，减轻他们的痛苦。

④ 对于任何一种确诊为肺癌但又不能进行手术的患者，都应当在可能的情况下尽早地进行放疗。单纯放疗或者与手术以及化疗结合，都是可以操作的方案，但是必须根据患者的具体情况而定，同时需要注意的是，在手术或者化疗后必须给出适当的间隔期，让患者在身体得到一定恢复后再进行放疗，以促进整体的治疗进程。

⑤ 对于Ⅰ~Ⅱ期患者，术后放疗不但不能提高患者治疗效果，反而降低了患者的生存率，而对于Ⅲa期患者，术后放疗则能显著提高区域性肿瘤控制率，但对生存率提高不是非常显著。因此，Ⅲa期患者手术完全切除后是否需要进行术后放疗尚未达成识。

2 放疗后可能出现的并发症

高能放射线在破坏或消灭癌细胞的同时也损害正常细胞，即存在放疗的副作用。放疗引起的副作用通常分为两种，即急性和慢性。急性副作用在治疗后不久就会产生，并且通常在治疗停止后几周内完全消失；慢性副作用可能需要几个月或几年才逐步显现出来，但通常是永久性的。

◎ 全身反应

表现为一系列的功能紊乱与失调，如精神不振、食欲下降、身体虚弱、疲乏、恶心呕吐、食后胀满等，轻微者可不做处理，重者应及时治疗，结合中医中药，提高机体的免疫力。

◎ 局部反应

① 皮肤　干性皮肤表现为皮肤瘙痒，色素沉着及脱皮，能产生永久性浅褐色斑。油性皮肤表现为照射部位湿疹、水泡，严重时可造成糜烂、破溃。

② 黏膜反应

轻度：表现为口腔黏膜红肿、红斑、充血，分泌物减少。口干、稍痛、进食略少。

中度：口咽部明显充血水肿，斑点状白膜、溃疡形成，有明显疼痛，进食困难。

重度：口腔黏膜极度充血、糜烂、出血，融合成白膜，溃疡加重，并有脓性分泌物，剧痛，不能进食，并偶有发热。

③ 放射性食管炎　急性放射性食管炎是放射线导致食管黏膜损伤、食管的屏障保护功能下降、出现炎症所致。临床表现为吞咽疼痛，一般在放疗开始后2~3周开始，肿瘤组织吸收量达

30Gy左右出现，4~5周左右达到高峰，之后可有所减轻，一直持续到放疗结束后两周左右。二级以下放射性食管炎（能进食流质食物）只需要对症处理治疗即可，三级以上放射性食管炎（不能进食）需要管饲要素营养或静脉高营养支持治疗病辅助输液抗菌消炎等积极处理，以保证放疗的顺利完成。急性放射性食管炎的发生有很大的个体差异，一般在亚洲人中严重的急性放射性食管炎发生率较欧美人低。合并化疗、糖尿病等情况下会增加急性放射性食管炎的发生率。晚期损伤为食管溃疡及食管狭窄。常规分割剂量的外照射放疗一般不会产生食管狭窄，但是高剂量的分割放疗和腔内近距离治疗会产生这一并发症，可以作扩张狭窄处或支架治疗。

④ 放射性肺炎　急性放射性肺炎是放射治疗肺癌时较多见而且危险较大的并发症。实际上肺照射2000 cGy后会产生永久性损伤，照射3000~4000 cGy/3~4周后所照射的肺呈现急性渗出性炎症。病理检查可见血管壁增厚，内皮细胞肿胀，纤维栓子形成，肺泡间隔水肿，胶原纤维肿胀。这种改变，每一位受照射的肺癌患者都有，但是大多数不产生症状，此时若有感染，即产生症状，称为急性放射性肺炎。若不产生症状，照射结束后，炎症逐渐吸收、消散，逐渐形成不同程度地进行性血管硬化及肺实质的纤维变。肺纤维化发生于照射后6个月左右，逐渐加重，1年时达到最严重的地步。放射性肺炎的形成与受照射面积的关系最大，与剂量及分割也有关。机体因素、个体差异、有无慢性肺疾病等也与放射性肺炎的发生有一定关系。放射治疗中联合应用抗癌药物不当可促使放射性肺炎的发生。急性放射性肺炎的症状与体征与一般肺炎无特殊，如咳嗽、咳痰、发热、胸痛、气短等。查体

可以发现啰音，但症状多少、轻重不一。急性放射性肺炎的诊断不困难。一般发生在放射治疗结束后不久，有诱因，如上感等；有肺炎症状及体征；重要的是X线片显示肺炎透视看不清楚，最好拍胸片证实。急性放射性肺炎主要是用抗生素、肾上腺皮质激素、支气管扩张剂等治疗，必要时可给予对症治疗如给氧等。肾上腺皮质激素用量要充分、缓慢减量、而且要连续使用数周。晚期表现为肺纤维化。肺功能差的患者照射面积大时，会使肺功能更差。

⑤ 放射性脊髓病　肺癌放射治疗中应严防放射性脊髓病的发生。重要的是设计及执行治疗计划时，要确保脊髓受量不超过其耐受剂量，即10厘米长度内不超过4500 cGy。

⑥ 心脏损伤　较少见，多为心包炎。当照射4281 cGy时心脏并发症为6.6%，化疗可以增加心脏并发症的发生，如使用阿霉素等。

三、七种物理疗法

1 伽玛刀

伽玛刀这项技术是一位瑞典神经外科专家在20世纪50年代初发明的，当时神经外科的手术死亡率和致残率高达40%，临床十分需要创伤小、安全的治疗技术。伽玛刀的主要原理是采用多个小照射野、三维方向集束的伽玛射线，一次性大剂量照射颅内不适合外科手术治疗或外科治疗风险较大的良性病变，诸如脑动静脉畸形、听神经瘤、垂体瘤、脑膜瘤和功能障碍等。后来也尝试治疗恶性肿瘤如胶质瘤、颅内转移肿瘤等。20世纪90年代，我

国科学家借鉴立体定向放射手术的概念和原理，成功自主设计生产了“旋转式伽玛刀”，分别于1996年、1997年通过了国家MDA和美国FDA认证。在此基础上，我国开发生产了主要用于治疗躯干部位恶性肿瘤的“立体定向γ-射线体部治疗系统”，简称为“体部伽玛刀”或者“全身伽玛刀”。体部伽玛刀的射线源也是^{60}钴产生的γ-射线，但其治疗原理属于立体定向放射治疗，治疗范围、过程和传统意义的伽玛刀略有区别。全身伽玛刀通过将30个钴源、能量聚焦于一点。治疗时30束射线源随源体绕过焦点的公共轴线旋转，使每束射线变成一个动态的圆锥扫描面，焦点为圆锥的顶点，因此，焦点处的病灶受到的是持续性的高剂量照射，而周围正常组织受到的是瞬时的低剂量照射，靶外剂量递减十分陡峭，具有刀的特征，有利于靶外正常组织的保护。但剂量均匀度和适形度相对较差，特别是在靶体积较大而采用多靶点填充治疗时，应充分注意这一点。

伽玛刀作为一种兼有放射和外科概念的新技术逐渐为人们所认识。据不完全统计，目前全国至少有100台各种型号的伽玛刀（包括以治疗颅内病变为主的伽玛刀和治疗躯体部恶性实体肿瘤为主的体部伽玛刀），在世界上名列前茅，超过了美国。有些医疗机构宣传伽玛刀能“不开刀、不流血治疗肺癌”，并可达到“95%的效果”，误导了许多患者。事实上，是否需要进行伽玛刀等治疗一定要慎重选择，不可盲目应用。

◎ 伽玛刀适应证

① 手术有残留、术后复发的患者。

② 有外科禁忌证如呼吸储备功能低的早期周围型非小细胞肺癌患者。

③ 年老体弱或拒绝其他治疗方法的患者。

④ 中晚期肺癌，病灶局限，单发或者少于3个的孤立病灶，最大径一般要求小于6厘米。

⑤ 患者不能耐受常规外照射。

⑥ 有肿瘤或纵隔淋巴结压迫如气道压迫而造成的肺不张、上腔静脉梗阻。

⑦ 对化疗不敏感或者对药物过敏、拒绝化疗的患者。

◎ 伽玛刀禁忌证

肿瘤体积过大、有弥漫性的多处转移和恶病质、严重的重要脏器功能障碍、无法保持平卧（或者俯卧）体位、有不易控制的胸腔积液、拟治疗部位曾经接受过足量放射治疗、经过长期化、放疗有明显血液系统功能障碍等的患者，应该属于体部伽玛刀治疗的禁忌证。有时通过积极支持治疗可以改善患者的状况，从而创造治疗条件。

2 X–刀

用直线加速器产生的6MV~15MV – X线非共面多弧度、等中心实现多个小野三维集束照射病变，起到与伽玛刀一样的作用，称之为X–刀。

◎ X–刀适用证

主要适用于Ⅰ期肺癌和病灶直径≤3.5厘米，近似球形的原发癌。高效安全，死亡率几乎为零，其长期效果还待进一步观察。

◎ X–刀的优点

X–刀的发展很迅速，有逐步取代伽玛刀的趋势，它的优点如下。

① 设备简单，只要将一般医用电子直线加速器加上等中心

照射的配件即可，并使一般直线加速器达到一机多用。

② 机器设备造价较低。

③ 伽玛刀使用钴源，由于安装后能量逐步衰减，使单次照射时间逐渐延长，是容易造成环境污染，而X-刀无此问题。

④ X-刀比伽玛刀的靶区更大，对不规则形状的病灶，X-刀在安排多个等中心照射时，有更大的灵活性，易于实现分块和动态照射，通过多叶光栅等技术，有利于达到精确度和治疗效果更为理想的适形照射。

⑤ X-刀除用于头部，还可对躯体其他部位如胸腹脏器、脊柱，盆腔，四肢等恶性肿瘤实施类似的治疗。

⑥ X-刀无创伤性头架的出现，装卸方便，重复安装不影响精度，故可进行分次照射，避免了立体定向放射外科单次照射引起的并发症，扩大了使用范围，而伽玛刀则限于单次照射。

◎ X-刀的缺点

① 临床使用时间短，病例资料较少，临床经验有待充实。

② X-刀的控制系统复杂。

③ 机架与治疗床均需不断转动，机器的重力变形所致偏差可使等中心偏差增大，故须经常校对。

④ 光束照射较散，焦点投照体积较大，易影响周围正常组织，不如伽玛刀精确(误差：X-刀为±0.15毫米，伽玛刀为±0.11 毫米)。

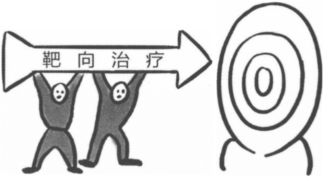
3 中子治疗

人类对付癌症，目前最主要的手段之一是放射治疗。放射生物学研究表明，癌变组织通常由有氧型和乏氧型两类细胞组成，其中有氧癌细胞易被放射线杀死，但乏氧癌细胞却对常规放疗

所用的X射线、伽玛射线以及电子束不敏感，耐受性强，往往杀不死。这也就是常规放疗后癌症容易复发的主要原因。但奇特的是，这种乏氧癌细胞对中子射线却特别敏感，中子恰恰是它的天敌和克星，经中子射线照射后的肿瘤部位，乏氧细胞的复活率几乎为零，基本没有致死（或亚致死）性损伤修复。故而中子射线照射的结果是术后癌症复发率极低，这就是中子治癌的独特优势，治疗效果优于当前被广泛使用的放疗。它无须让患者全身接受放射性射线，而是利用特制的施源器将中子源送入人体或肿瘤内进行腔内、管内或组织间照射，放射反应轻且能够彻底杀死癌细胞。因而中子治疗是具有生物优越性的先进放疗方法，各先进国家都投入大量人力物力开发中子治疗设备。经过医学界几十年的努力，中子治癌已成为当前最先进的治癌方法之一。

4 靶向治疗

对无法手术切除的肺癌，化疗和放疗仍然是目前的一线治疗方法，尽管随着新一代化疗药物如紫杉醇、吉西他宾等的应用，患者的生存率获得一定提高，但大多数患者的生存时间仍有限。近数十年来化疗主要使用细胞毒性药物，化疗是一柄双刃剑，即杀伤肿瘤细胞，又杀伤正常细胞，降低人体免疫力，研究人员一直在试图寻找新的化疗药物以杀灭肿瘤细胞并尽可能减少对正常细胞的损害，尽管在这方面的研究耗费巨大，但进展却非常缓慢。此外，机体对化疗药物的耐药性也使其疗效进一步降低。由于多年来无法提高传统治疗方法的疗效，使癌症研究人员努力寻找一条治疗癌症的全新途径。



近年来分子靶向治疗研究取得重大进展，这些研究通过对调节细胞增殖和转移通路的深入了解，发现了新的肿瘤治疗靶点，并进一步促进了靶向治疗的发展，新的抗肿瘤药物的数量不断增加，在目前正在进行临床试验的抗肿瘤药物中，有近一半是血管生成抑制剂。这些新药物与传统治疗方法的结合有望成为治疗肿瘤的有效手段，显著提高肿瘤治疗的疗效。

靶向治疗是指通过药物抑制肿瘤发生、发展过程的细胞信号传导和其他生物学途径的一种治疗手段。其目的就是想通过对肿瘤的精确抑制来尽量降低患者在整个治疗过程当中的各种副反应。使治疗针对肿瘤，发挥最大的治疗作用，产生最小的副作用。

靶向治疗药物为什么只杀癌细胞而不伤及人体的正常组织呢？这就要先从癌症本身的特点说起。肿瘤的长大是肿瘤细胞不断分裂，繁殖和修复的过程。首先，它要靠癌细胞内的关键基因、各种酶和调控分子的信号传导使其生长；其次，它还要靠肿瘤局部的血管供给其血液提供营养，肿瘤越大，需要的供血量就越多。这就需要肿瘤自身不断地生成新的血管。靶向治疗药物杀伤癌细胞主要是抑制癌细胞的上皮生长因子受体——酪氨酸激酶

这个靶点，这样它就能减少血管形成，抑制癌细胞的生长，诱导癌细胞死亡，从而致命地杀伤肺癌细胞。这种杀伤肺癌细胞的情况就好像制导的生物导弹，准确地打中肿瘤细胞一样，所以很少伤及患者正常的细胞，所以我们形象的把它称之为靶向治疗或者分子靶向治疗。

专家提示

目前来看，靶向治疗应用已经在肺癌的治疗中凸现重要位置。可以作为一种单独的治疗手段应用于一线、二线或者三线的治疗。分子靶向治疗作为肺癌综合治疗的一个重要手段和新兴的治疗模式在临床中越来越受到重视，今后对新一代靶向药物的不断开发也是肺癌得到根治的希望。肿瘤学界的研究人员和临床医生对此都保持乐观的态度。

5 质子治疗

放射线用于治疗肿瘤已有100多年的历史，放射治疗设备和技术在近20年飞速发展，从早年的X线到20世纪五六十年代的^{60}Co，再到兆伏级的电子加速器，通过这些设备的改进，明显改善了放射治疗肿瘤的精度和可操作性，但仍不是非常完美。目前较多肿瘤治疗中心应用的是兆伏级的光子和电子。这些射线在射入机体组织时，肿瘤前方的组织的受量均高于肿瘤所得到的剂量，而在肿瘤后方的组织仍受到相当高的剂量，有时很难满意地避开肿瘤周围的重要正常器官和组织，质子射线的研究解决了上述问题。与传统的X射线放疗不同的是，在治疗中，使用质子

加速器产生的高能质子束速度快，穿透力强，其能量释放称作布勒格峰(Bragg peak)，这使它在穿越途径上只会释放出很少的能量，在到达肿瘤病灶时才会释放出大量能量，对人体正常组织的影响小，是一种精确的放疗形式。因此，能对靶灶施以足够的打击。质子放疗确实能减轻肺组织的损伤面积与程度，特别适用于既有重度肺病又有局限肺癌的患者。同时可用自动化技术人为控制其能量释放的方向、部位和射程，是当前疗效最好、副作用最少的放射疗法。多用于局限癌的治疗，也有用于转移性癌治疗者，比其他的放疗形式更好地提高生活质量。

目前，世界上已有十多个国家正在开展质子治疗工作。已开展使用的质子放疗设备北美有5台，欧洲10台，包括中国在内的其他地区6台；世界各地正在建造或计划立项的还有十几家。已用质子治疗患者4万多例，所治疗的肿瘤有眼葡萄膜黑色素瘤、中枢神经系统肿瘤、颅底肿瘤、前列腺癌、非小细胞肺癌、胃肠道肿瘤、鼻咽癌、乳腺癌和宫颈癌等，均取得较好的效果，已引起世界各国放射治疗学界的重视。

6 光动力疗法

光动力治疗是20世纪70年代末开始形成的一项肿瘤治疗新技术。光动力疗法的作用基础是光动力效应，这是一种有氧分子参与的伴随生物效应的光敏化反应。

◎ *光动力疗法的原理*

光动力效应的三要素是光敏剂、照射光和氧。由于光动力治疗是在活体上进行的，活体组织又是含氧的，所以在临床实际工作中对光动力治疗的主要影响因素是光敏剂和照射光。光敏剂

的光动力活性、光吸收特性和靶向特性，决定了其临床可用性和适用范围。照射光的波长正确性、输出稳定性和投照可靠性也是决定治疗效果重要的可控因素。光动力效应能够用于疾病治疗的两个前提，是基于特定病变组织能较多地摄取和存留光敏剂而靶部位又较易受到光辐照。因为只有这样，强烈的光动力效应才会发生，才能充分破坏病变组织。一般说来，实体恶性肿瘤、某些癌前病变及一些良性病变可较多地摄取和存留光敏剂，只要这些病灶处于激光光纤能够抵达照射的范围，就有可能成为光动力治疗的适应证。

光动力治疗中，除了光能转化过程中产生的单态氧和自由基能直接杀伤病变细胞外，还因这一过程引发的毛细血管内皮损伤和血管栓塞造成的局部微循环障碍，进一步导致病变组织的缺血性坏死。

◎ 光动力疗法的7个优点

① 创伤很小　借助光纤、内窥镜和其他介入技术，可将激光引导到体内深部进行治疗，避免了开胸、开腹等手术造成的创伤和痛苦。

② 毒性低微　进入组织的光动力药物，只有达到一定浓度并受到足量光辐照，才会引发光毒反应杀伤肿瘤细胞，是一种局部治疗的方法。人体未受到光辐照的部分，并不产生这种反应，人体其他部位的器官和组织都不受损伤，也不影响造血功能，因此光动力疗法的毒副作用是很低微的。

③ 选择性好　光动力疗法的主要攻击目标是光照区的病变组织，对病灶周边的正常组织损伤轻微，这种选择性的杀伤作用是许多其他治疗手段难以实现的。

④ 适用性好　光动力疗法对不同细胞类型的癌组织都有效，适用范围宽；而不同细胞类型的癌组织对放疗、化疗的敏感性可有较大的差异，应用受到限制。

⑤ 可重复治疗　癌细胞对光敏药物无耐药性，患者也不会因多次光动力治疗而增加毒性反应，所以可以重复治疗。

⑥ 可姑息治疗　对晚期肿瘤患者，或因高龄、心肺肝肾功能不全、血友病而不能接受手术治疗的肿瘤患者，光动力疗法是一种能有效减轻痛苦、提高生活质量、延长生命的姑息性治疗手段。

⑦ 可协同手术提高疗效　对某些肿瘤，先进行外科切除，再施以光动力治疗，可进一步消灭残留的癌细胞，减少复发机会，提高手术的彻底性；对另一些肿瘤，有可能先做光动力治疗，使肿瘤缩小后再切除，扩大手术的适应证，提高手术的成功率。

光动力疗法是一种局部治疗方法，对肿瘤的杀伤效果在很大程度上决定于病变区的照光剂量是否充分。由于光进入组织后会因组织的吸收和散射而衰减，所以无论采用哪种光照方式，一次照射的杀伤深度和范围都是有限的。

7 肿瘤热疗

肿瘤热疗（hyperthermia）的原理是利用物理方法将组织加热到能杀灭肿瘤细胞的温度（42.5 ℃~43.5 ℃）持续60~120分钟，达到既破坏肿瘤细胞又不损伤正常组织（正常组织细胞的温度安全界限为45 ℃±1 ℃）的一种方法。热疗不但对肿瘤细胞有直接的细胞毒效应，还可以增强化疗、放疗的疗效，提高机体的免疫力，抑制肿瘤的转移。

8 冷冻外科治疗

冷冻外科治疗是利用低温(<0 ℃)直接作用于病变组织，杀伤局部的异常组织和细胞的一种物理治疗方法。它具有杀伤效果可靠、出血少、局部神经麻醉以及防止肿瘤转移等特点。冷冻外科主要是利用低温的破坏机制以及肿瘤组织对低温的敏感性高于正常组织。冷冻外科治疗由于疗效确切，出血少，并发症少而且还能增加肿瘤组织对放、化疗的敏感性，因此，日渐受到人们的重视而逐渐广泛地被运用于临床治疗那些不能手术治疗的肿瘤患者。

◎ 4类患者可用经支气管镜冷冻治疗

① 不能开胸手术切除的梗阻型中央型肺癌，即气管、支气管腔内肿瘤的姑息治疗。

② 肺癌术后残端复发、支架植入后支架两端以及腔内再狭窄的治疗。

③ 高龄，低肺功能患者。心肺功能不全、不能耐受全麻者为手术禁忌。

④ 除了肺癌外，冷冻疗法尚可用于治疗其他良性或恶性支气管肺部疾病，如类癌肿瘤、肉芽肿、淀粉样变、气管-支气管软骨发育不良、脂肪瘤、息肉、平滑肌瘤、血管瘤等。

◎ 经支气管镜冷冻治疗的8个优点

① 微创、患者耐受性好。

② 操作简便易行、安全有效。

③ 费用低。近期疗效显著，很快缓解临床症状。

④ 明显改善生活质量。增加放化疗的敏感性。

⑤ 增加机体抗肿瘤免疫力。

⑥ 安全。术者不需光线或射线安全性的防护措施。

⑦ 纤维支气管镜具有较好的可弯曲性，治疗3至4级甚至更远端病变。

⑧ 具有支气管镜检查条件的单位均能开展，电视监视器下操作利于研究和教学。该方法为减症的姑息治疗，很难达到临床治愈，故术后复发概率较高，但只要患者状况允许，可重复治疗。

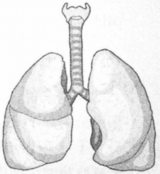
◎ 经支气管镜冷冻治疗的不良反应

主要由支气管出血、肿瘤碎片或坏死物阻塞支气管，引起肺不张等。



第5章 化疗抑制全身转移病灶

Hualiao Yizhi Quanshen Zhuanyi Bingzhao



一、什么是化疗

化疗即是化学治疗，应用化学药物治疗肿瘤，统称化疗。近20年来，随着肿瘤基础研究的不断深入，新的药物和新的治疗方法不断应用于临床，包括细胞毒类化学药物治疗、内分泌治疗、免疫和分子靶向治疗以及一部分对症支持辅助治疗等。细胞毒类化学药物治疗是肿瘤内科治疗的主体，即我们所说的“化疗”。由于新的抗肿瘤药物的出现和综合治疗的应用，在多种肿瘤取得了良好的临床疗效，并且在相当一部分恶性肿瘤综合治疗中扮演着十分重要的角色。

1 化疗的作用

目前认为肿瘤不是一种单一的局部疾病，多数肿瘤在诊断时已经是全身性疾病，在接受治疗前，已经存在潜在的转移灶。肿瘤治疗效果的提高，很大程度上是由于综合运用手术、放疗、化疗等治疗手段的结果。外科和放疗是局部治疗手段，而化疗是全身治疗，在特定的阶段合理地应用，能够杀死或控制原发肿瘤病灶，抑制全身转移病灶，减少复发、转移。

2 什么情况下需要化疗

具体来说，肿瘤化疗在非小细胞肺癌（NSCLC）治疗中的作用可分为以下几方面。

① 复发及晚期患者，或者某些有特殊原因不宜接受外科手术或放疗的早期患者，以化疗为主，目的是延长生存期。

② 术后辅助化疗，目标是消灭可能存在的微小转移灶，提高治愈率。

③ 术前化疗，也称新辅助化疗，目的是降低肿瘤负荷并及早控制远处转移，抑制术中肿瘤播散；某些不能手术或不宜手术患者，在化疗及支持治疗后，肿瘤负荷减少，身体状态改善，使需要切除的范围减少，变不能或不宜手术为可以手术。

④ 与放疗配合，某些药物有放射增敏作用，如顺铂、紫杉醇等。小细胞肺癌（SCLC）的治疗更是以化疗为主的综合治疗。

I~IIIa期NSCLC以手术治疗为主，化疗一般作为术后辅助治疗，也可以作为IIIa期患者的术前新辅助化疗。IV期患者以化疗为主，可以行局部的姑息性放疗。虽然对于NSCLC有效的化疗方案很多，但总的疗效不如SCLC。有效率一般在20%~40%，有报道提高剂量可使强度增加至50%左右，但大多需要造血刺激因子治疗。NSCLC化疗能达到完全缓解的患者很少，因此绝大多数不能通过化疗取得根治。需要配合其他治疗手段如手术或放疗。SCLC在局限期通过放、化疗及手术综合治疗可提高生存期，广泛期则以化疗为主，预后很差。

二、化疗的药物及使用时的各种问题

化疗药物从用药途径主要有静脉和口服两种，部分药物可以应用于体腔注射，大部分为静脉给药。化疗药物大致分为7种。

① 铂类化合物，如顺铂、卡铂等，常与其他化疗药联合应用。

② 烷化剂，如环磷酰胺、异环磷酰胺等。

③ 长春花碱类，如长春新碱、异长春花碱等。

④ 紫杉类，如紫杉醇、多西紫杉醇等。

⑤ 抗代谢类，如吉西他宾、培美曲塞等。

⑥ 拓扑异构酶抑制剂，如依托泊苷、替尼泊苷、拓扑替康、伊立替康等。

⑦ 抗生素类，如表阿霉素、丝裂霉素。

1 小细胞肺癌和非小细胞肺癌的化疗方案

肺癌病理上大体上分为小细胞肺癌和非小细胞肺癌。非小细胞肺癌又包括腺癌、鳞癌、大细胞癌和腺鳞癌等。

◎ 小细胞肺癌常用方案

一线方案为EP和CE，EP是Vp16（足叶乙甙）+PDD（顺铂），或CBP（卡铂）+ Vp16（足叶乙甙）；二线方案为拓扑替康（和美新）或伊立替康（开普拓）。

◎ 非小细胞常用方案

一线标准方案一般为3个：异长春花碱（诺维本）+顺铂或卡铂、紫杉醇（泰素）+顺铂或卡铂、吉西他宾（健择）+顺铂或卡铂，疗效相当，无明显差异，但毒副作用有差异。

二线标准方案目前临床常用两个：多西紫杉醇和力比泰。从临床试验及应用来看，多西紫杉醇已应用多年，疗效肯定，是经典标准二线方案，但毒副作用偏大。而力比泰刚上市两年多，临床已证明有很好的疗效，且经预处理后，毒副作用很小，患者耐受性好。

◎ 其他方案

可用于非小细胞肺癌的方案还有伊立替康（开普拓）、表阿霉素、丝裂霉素等。

2 化疗药物剂量的计算

在制定了化疗方案后，还要考虑药物剂量。一般来说，化疗药物的剂量是通过人的体表面积计算出来的，体表面积是由身高、体重通过公式计算出来的。比如：泰素175毫克/平方米，是指每平方米体表面积使用泰素175毫克，就可以计算出总量了。另外，卡铂是用AUC来计算，是通过体表面积和肌苷清除率综合算出的。除此之外，还应综合考虑患者的年龄、PS评分等。

3 根据病情决定化疗周期

要根据患者的分期和病情，Ia期肺癌患者术后一般不需要做化疗，定期复查需行辅助化疗4~6个周期，因为即使是早期患者，术后复发率也还是很高的，其中既有局部复发，又有远处转移，有必要增加辅助治疗以提高治愈率。IIIa（N2）期还需做放疗，然后定期复查。NSCLC的新辅助化疗一般为2~3个周期，周期少达不到目的，周期太长，对患者造成的毒副作用太大，且易出现耐药，病情进展可能丧失手术机会。而IIIb/IV期不能手术患者，选定一线化疗方案后，原则上行4~6个周期化疗，如中途病情进展，可转为二线方案化疗，如一线化疗疗程完成后，治疗有效或病情稳定，可定期复查随访一段时间待病情出现变化时再做治疗；如肿瘤负荷仍旧较大，也可换为二线方案继续化疗。

4 完成标准化疗疗程后是否需要继续维持治疗

很多患者担心，化疗标准疗程结束后，不再做维持性化疗，会很快复发或转移。一般来说，患者通过4~6个周期一线方案化

疗可以获得稳定甚至较好的缓解，不需要再做维持性化疗。多项随机研究表明，做与不做维持性化疗，患者总生存时间无差别。目前有学者已开展用靶向药物做维持性治疗的随机对照研究，结果有望两年后出来。

5 如何掌握二线化疗的时机

什么时候需要用二线方案化疗，这也是很多患者关心的问题。一般来说，一线方案结束后，病情缓解或稳定，可定期随访观察，当病情再次出现进展时，比如病灶增大25%以上，或全身出现新病灶等，此时就需要应用二线化疗。目前标准二线化疗方案有多西他赛和培美曲塞，多西他赛是这些年临床应用的经典标准二线方案，而培美曲塞是近两年才上市的多靶点抗叶酸新药，在补充叶酸和维生素B_{12}后，培美曲塞的毒副作用变得很小，患者耐受性好于多西他赛。

另外，在一线化疗进行过程中，如病情出现进展，应马上更换为二线化疗方案，不用等一线方案用完所有周期再换。

6 如何判定化疗效果

除术后辅助化疗外，肺癌的化疗通过影像学变化和肿瘤标志物来判定疗效。

CR代表完全缓解，即病灶完全消失；PR为部分缓解，表示病灶缩小50%以上；SD表示病情稳定，病灶增大不到25%或减小不到50%；PD表示病情进展，比如病灶增大超过25%，或出现新病灶。临床上，我们判定治疗是否有效，一般是指疾病控制率，即CR+PR+SD，如是PD，就需要更换方案了。血肿瘤标志物的变化

也可作为参考，肺癌相关的标志物主要有CEA、CA125、NSE、CYFRA21-1等，如治疗后指标较前上升，提示病情可能有进展；如下降，提示治疗可能是有效的，虽然影像学表现变化不大。

7 化疗药物的毒副作用

化疗药物是细胞毒性药物，不同于靶向药物，都会有不同程度的毒副作用，主要表现在血液性毒性和非血液性毒性两个方面。血液性毒性表现为骨髓抑制：白细胞、血小板、血色素下降，按I~IV度分为不同程度。非血液性毒性主要表现为恶心、呕吐、腹泻、乏力、脱发、关节肌肉疼痛等。针对目前临床常用的几个化疗药物来看，顺铂主要为胃肠道和肾毒性；卡铂为血液性毒性；长春瑞宾有很强的血液性毒性及胃肠道反应、静脉炎；紫杉类除血液性毒性外，还主要表现为过敏反应、神经肌肉毒性；吉西他宾毒副作用相对较小，主要表现为血小板下降；新药培美曲塞未予预处理前，毒性反应很大，后提前1周给予预处理后，毒副作用变得很小。

8 如何处理化疗引起的毒副作用

临床上有一些药物是专门用于减轻化疗药物引起毒副反应的。控制恶心呕吐预防是关键，比如恩丹西酮、格拉斯琼，输注化疗药之前使用可预防恶心、呕吐等胃肠道反应；化疗后骨髓抑制，粒细胞集落刺激因子（GC-CSF）可使白细胞在短时间内迅速上升；白细胞介素-2可提升血小板；促红素能有效地改善化疗相关性贫血；地塞米松、苯海拉明可减少组织水肿和过敏反应；对血管刺激较大的化疗药，如长春瑞宾，容易引起静脉炎，所以输

液时应选择较大的血管，如肘正中静脉，出现静脉炎时，局部可有发红、变硬、疼痛等，不要紧张，可对症局部敷如意金黄散或美宝烧伤膏，能减轻静脉炎，效果比较理想。化疗期间如食欲欠佳，服用醋酸甲羟孕酮增进食欲，可起到一定效果。

9 化疗药物是否可局部给药

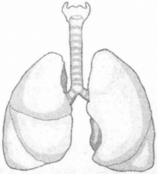
部分药物是可以局部给药的。恶性胸腔积液在引流的同时，可采取胸腔内注入化疗药，杀伤肿瘤细胞，控制胸水，通常胸腔内注入顺铂、丝裂霉素或博来霉素，可反复多次给药。

10 介入化疗

介入化疗是指在放射线透视下，经股动脉插管局部灌注化疗药，也可以说是一种局部治疗。如肺部中心型病灶行支气管动脉灌注化疗；肺癌肝转移病灶行肝动脉灌注化疗。介入化疗的优点创伤小，病灶局部药物浓度高，更易杀死癌细胞，全身毒副反应相对较小。缺点目前能进行灌注化疗的药物比较局限，常用的药物仍为顺铂、丝裂霉素、表阿霉素等。

第6章 饮食和运动提升机体免疫力

Yinshi He Yundong Tisheng Jiti Mianyili



一、健康饮食习惯是防癌关键

恶性肿瘤的形成原因十分复杂，目前尚未完全研究清楚。在肿瘤的形成过程中内、外因都很重要，而且需要很长时期才能形成。内因一般包括遗传、内分泌失调和营养不良、精神紧张等等，外因多为物理性、化学性、生物性等因素。其中个人遗传因素在肿瘤发生中有一定的影响，但环境因素在多数情况下更为重要。国外有研究人员研究了44 788对双胞胎和他们的医学档案，由于双胞胎的遗传基因相同，如果一个患癌而另一个未患癌则可认为癌症不是由于遗传因素所致。结果由于遗传因素导致的病例占30%，而环境因素造成的占70%。

半个多世纪以来，我国对癌症的防治研究工作取得了很大的进展，北京、天津、上海、广州等地的肿瘤专科医院对癌症患者的治疗水平已和西方发达国家的治疗水平相等或相似。肿瘤医学专家们一直认为1/3的癌症是可以预防的，1/3的癌症患者通过早期发现，早期诊断和早期治疗是可以达到根治的，1/3的癌症患者通过合理的中西医结合的综合治疗后是可以达到减轻症状，减少痛苦，提高生存质量和生存率的。但是对中晚期的患者来说大多已经失去了根治的机会，更多的是消耗大而收效小的姑息治疗。古人云"上工治未病"，所以我们要着眼于以预防为主的方针。

首先要注意改善生活环境和不良的生活习惯，尤其要戒烟和不要酗酒。世界卫生组织（WHO）提出通过合理的生活饮食习惯预防癌症的5条建议，避免动物脂肪；增加粗纤维；减少肉食；增

加新鲜水果和蔬菜；避免肥胖。这对预防癌症有一定的参考意义。

1 少吃动物脂肪

由于致癌物质可以溶解于脂肪中，因此饮食中摄入动物脂肪越多，也就意味着溶解和吸收致癌物质的危险性越高。高脂肪饮食会增加肠道内的胆汁酸分泌，这种分泌对肠道黏膜有潜在的刺激和损害，导致大肠癌发病。

预防大肠癌，要少吃或不吃富含饱和脂肪、胆固醇的食物，如油、肥肉、鱼子、动物内脏等；植物油每人每天也应控制在20克至30克内；少吃或不吃油炸、油煎类食物；烹调过程中，避免将动物性食品和植物油过度加热。每天吃红肉（即牛、羊、猪肉）不应超过90克，最好是吃鱼和家禽以替代红肉。

2 增加高纤维食物

高纤维食物能够减少消化道疾病。在高纤维食物（以植物性纤维为主）的国家中，结肠癌的发病率降低。这一结论得到全球的公认。高纤维食物往往存在于一些非工业性国家，那里肉类缺乏而植物性粮食成为主食。动物性食品不含纤维。以肉类食品为主食的美国和其他西方国家则成为世界上结肠癌发病率最高的地区。纤维物质在其他癌症中，也同样具有防癌功效。研究表明，在高纤维饮食的人群中，胃癌和乳腺癌的发病率降低。粗粮、海带、紫菜、木耳、蘑菇等蕈藻类；黄豆、赤小豆、绿豆、蚕豆、豌豆等豆类以及水果、蔬菜中都富有纤维素。

3 多吃蔬菜、水果

蔬菜和水果含能量不高，却能提供丰富的膳食纤维、维生素、矿物质和具有抗癌活性的植物化合物。研究表明，蔬菜、水果的摄入量与多种癌症的发生率具有明显的负相关(摄入量高，则癌症的发病率就低；摄入量低，则癌症的发病率就高)，蔬菜与水果能降低肺癌、胃癌、口腔癌的危险性；十字花科蔬菜能使结肠-直肠癌和甲状腺癌的发病率下降；而蒜、葱、胡萝卜、西红柿和柑橘类水果对降低肺癌、胃癌及膀胱癌有好处。

提倡每天保持3~5种蔬菜，2~4种水果。需要注意的是，我国居民的膳食结构是以植物性食物为主，应注意避免蔬菜水果摄入过多，影响其他食物的摄入，从而导致蛋白质、锌、铁、钙等营养素不足。蔬菜水果需要长期坚持，但并不是每天都要吃一样多，在大致范围内，今天少点，明天多点也是可以的。蔬菜烹调应当清淡，油脂浸透、炒煳烤焦的蔬菜，是没有防癌效果的。另外野生食用菌含多糖以及人体所必需的多种氨基酸、微量元素，能有效预防慢性病。灵芝能药食两用，增强免疫功能，降低血栓，延缓衰老。

◎ 防癌水果排行榜

世界卫生组织、美国农业部以及国际上对癌症的研究，指出每天至少摄取5份蔬菜、水果，就可以降低20%的患癌症风险。研究表明，有十几种水果可以起到有效地降低患癌症概率的作用。这些水果包括草莓、橙子、橘子、苹果、哈密瓜、西瓜、柠檬、葡萄、葡萄柚、菠萝、猕猴桃等。它们中的一些特殊成分在预防结肠癌、乳腺癌、前列腺癌、胃癌等方面，具有其他食品难以替代的益处。

草莓　在抗癌水果中，草莓的作用位居首位。新鲜草莓中含

有一种奇妙的鞣酸物质，可在体内产生抗毒作用，阻止癌细胞的形成。此外，草莓中还有一种胺类物质，对预防白血病、再生障碍性贫血等血液病也能起到很好的效果。

柑橘类水果 橙子、橘子、柠檬、葡萄柚等柑橘类水果中，含有丰富的生物类黄酮，能增强人体皮肤、肺、胃肠道和肝脏中某些酶的活力，帮助将脂溶性的致癌物质转化为水溶性的，使其不易被吸收而排出体外。同时，它们可增强人体对重要抗癌物质——维生素C的吸收能力。维生素C可增强免疫力，阻止强致癌物质亚硝胺的形成，对防治消化道癌症有一定作用。

一项研究表明，平均每天吃一个柑橘的人，得胰腺癌的危险比每周吃少于一个者低1/3。研究发现，常吃橘子、柠檬等柑橘类水果可使口腔、咽喉、肠胃等部位的癌症发病率降低50%，使中风的发病率降低19%，同时对心血管疾病、肥胖及糖尿病也具有一定的预防作用。

猕猴桃 含丰富的维生素，尤其是维生素C的含量之高是橘子的4~12倍，是苹果的30倍、葡萄的60倍。通过近年的研究证实，猕猴桃中含有一种具有阻断人体内治癌的“亚硝胺”生成的活性物质，因而具有良好的抗癌作用。

梨 能生津、润燥、清热、化痰，古代医家多用之于食管癌、贲门癌和胃癌。由于梨里所含的胡萝卜素、维生素B_2、维生素C等都具有一定的防癌抗癌作用，所以梨适宜于鼻咽癌、喉癌、肺癌患者服食。

杏 适宜多种癌症患者食用。据研究，杏是维生素B_{17}含量最丰富的果品，而维生素B_{17}是极为有效的抗癌物质，对癌细胞具有杀灭作用。有报道称，美国用维生素B_{17}治疗癌症，一般经治疗的

250例患者中，有248例获救，至今已用维生素B_{17}挽救了4000例晚期癌症患者的生命。

葡萄 尤其是葡萄皮中含有的花青素和白藜芦醇都是天然抗氧化剂，也有抑癌功效，可抑制癌细胞恶变、破坏白血病细胞的复制能力。

苹果 苹果中有一种非常有用的成分——多酚，能够抑制癌细胞的增殖。研究人员发现，苹果多酚能降低结肠癌的发病率。老鼠被移植癌细胞后，食用苹果多酚水溶液，在生存率、生活质量方面，都有比较好的抗癌功效。

哈密瓜、菠萝、西瓜 哈密瓜、菠萝含有较多的叶黄素与玉米黄素，西瓜中的番茄红素丰富，这些物质都是非常有效的抗氧化剂，能起到抗癌作用。

虽然水果的抗癌作用明显，但在食用时，仍然要根据个人的特点进行选择和适当搭配。经常有人因为生吃草莓过量而引起胃肠功能紊乱，因为草莓比较酸，所以消化系统癌症患者更要谨慎。另外，患尿路结石、肾功能不好的患者不宜多吃草莓，因为它含草酸钙较多，过食会加重病情。

专家提示

吃水果的最佳时间是饭前1小时。水果属生食，饭前吃水果等于吃生食后再进熟食，体内白细胞就不会增多，有利于保护人体免疫系统。

◎ 抗癌蔬菜排行榜

蔬菜自古以来是人们饮食中不可缺少的组成部分，自然界中存在着许多防癌抗癌物质，其中最容易选择的是蔬菜，科学家们研究证实，科学地选择食用蔬菜对预防癌的发生有着重的作用。

大蒜 性味辛、温，有强烈刺激气味。含有挥发油，主要成分是大蒜素，为一种植物杀菌素，含硫和硒、锗，硒有抑癌的效能，锗可以预防胃癌，有机锗能促进血液循环，诱发体内干扰素，将巨噬细胞诱变为抗癌性巨噬细胞，增强患者病变细胞的抵抗力。大蒜素能阻止人胃中亚硝胺生成菌的生长，从而减少了亚硝胺的合成，减少了胃癌的发生。因此，将大蒜作为防治癌的常用食物。

芦笋（龙须菜） 国外誉为最理想的保健食品，列为世界10大名菜之一。本品含有芦笋素，天门冬酰胺、天门冬氨酸及多种甾体等物质，对高血压、心脏病、心率过速、疲劳、水肿、膀胱炎、排尿困难等症均有一定的疗效。美国发现有防止癌细胞扩散的功能，对淋巴肉芽肿瘤、膀胱癌、肺癌、皮肤癌及肾结石等均有特效，生物学家认为，本品抗癌的奥秘是由于它富含组织蛋白中的冬酰胺酶，这是一种"使细胞生长正常化"的物质，能有效地控制癌细胞生长。此外核酸含量也丰富，对癌症有"摊平"作用。食用时必须煮熟，每日3次，每次3~4汤匙。最好饭前食用。

蘑菇 包括香菇、冬菇、平菇、猴头菇等，主含多糖类成分。科学实验证明，其中多糖有调节人体"抗癌系统"免疫功能，从而抑制癌症生长和减轻癌症患者的症状。

茄子 性味甘、凉，有散血止痛、利尿解毒等功效。主含龙葵碱，其含量以紫皮茄为多，动物实验证明，此物质可抑制消化系统癌症。

大白菜　性味甘、平，有解热除烦，通利肠胃之功，科学家认为，所含的粗纤维有刺激胃肠蠕动的通便之功，能使污染或分解产生的致癌物质尽快排泄，以减少肠内吸收和对肠壁的局部刺激。另含有微量元素钼较多，能阻断致癌的亚硝胺合成，含有硒在人体内行助于生成谷胱甘肽，使癌的发生率下降，富含多种维生素，与肉类同食，既可增添肉的鲜美，又可减少肉中致癌物亚硝基胺的产生，两全其美。

甘蓝（卷心菜）　性味甘、平，有补骨髓，利关节，壮筋骨，益脏器和清热痛等功效。目前已知其中所含的成分吲哚-3-乙醛及黄酮类化合物，都可诱导肝脏中芸烃羟化酶活性提高54倍，使小肠黏膜此酶活性提高30倍，预示着抗癌力显著增强；有研究发现甘蓝具有降低胃癌、结肠癌及直肠癌的发病机会。

萝卜　有清解、利尿、消炎、化痰止咳等功效、萝卜含抗癌物吲哚，实验表明可减少动物肿瘤的生长。特别推崇萝卜，希望大家多食萝卜少喝酒。食肉加用萝卜，不但能防病治病，同时有防治癌症的作用，近年发现锌元素有很强的抗癌活性，而锌在萝卜中含量较高。

胡萝卜　有健脾胃、助生津及益气补中之功效，对滞食疳积有通便化滞之效。胡萝卜，富含维生素A原（胡萝卜素），是“防癌系统”的营养成分。

菜豆　有温中下气，益肾补阳之功效。洋刀豆中含洋豆血细胞凝集素等多种球蛋白（PHA）。据研究，PHA具有抗肿瘤作用，已引起全世界重视。

扁豆　有补脾除湿，消暑解毒等作用。本品仅用于脾胃虚弱，湿浊内阻的胃肠道肿瘤，扁豆可刺激体内淋巴细胞转化为杀瘤细胞，能刺激免疫系统增进消化吸收功能。

二、防癌四不吃

1 少吃油煎炸食品

许多人家做红烧鱼的时候，总要把鱼放在油锅煎炸，把鱼煎炸得两面焦黄焦黄，然后再加各种调味品做成。其实这样烹饪对人体健康是不利的。当用油煎炸食物，油锅的温度高达200℃以上，锅里的油脂进行着复杂的化学反应，高温的食油，尤其是反复高温的剩油，可产生苯并芘等致癌物。鱼的表皮和鱼肉含有蛋白质、氨基酸、少量脂肪，遇到高温，热解，产生杂环化合物。油的温度越高，煎炸时间越久，杂环化合物就越多，而杂环化合物是一类致癌物。人在吃了这样的煎炸鱼后，在其尿中可以测出杂环化合物，虽含量较低，但如果长期食用煎炸的鱼、肉类、禽类（包括鸡、鸭、鹅、鸽、鹌鹑等），其致癌物的量将会积累，若再吃入或吸入其他致癌物，促癌物，就可能引起癌症。

为了减少吃进致癌物，做荤菜或蔬菜时油的温度不要太高，不要让油冒烟，油在锅里冒烟时的温度一般的已超过200℃，煎炒的时间越短越好，不要把食品的表面煎得太焦黄，这样可减少致癌物的形成。在日常饮食中，尽量不要做油炸肉、油炸鸡、油炸鸽子或鹌鹑、油炸鱼、油炸虾、油条、油饼、油炸糕点、油炸花生米、油炸土豆等。按理说，最好用清蒸、红烧、水煮、水氽、熬汤、焖、炖、凉拌、炒菜、微波炉煮等方法，免去了煎炸的步骤，就很有利于健康了。所以，提倡少吃或不吃油炸食品。

2 不吃或尽量少吃烧烤食品

食品在烟熏、烧烤或烘焦的过程中，产生苯并芘等致癌的化合物，能引起消化道的癌症。喜欢吃烟熏羊肉的冰岛居民和喜欢吃烟熏鱼的前苏联沿海居民，消化道癌症的发病率比其他国家高出许多倍。我国许多城市有卖羊肉串的，烟熏火烤的羊肉串，一方面受到煤烟中致癌物的污染，另一方面肉本身受高温的烘烤，也热解产生出致癌物。

有资料证明，家庭自制的熏肉，每千克含致癌物苯并芘23微克，将肉挂在炉旁用火熏烤则每千克含苯并芘107微克。在熏烤肉类的过程中，滴下油脂燃烧后也产生苯并芘，附于烤肉的表面。如将烟熏火烤的食物存放几周后，苯并芘便可渗透到肉的深部。无论肉类、鱼类、禽类、用烟熏，火烤的烹调方法都是不利于健康的，在食品烤焦的部分，苯并芘的含量最高。

有没有减少危险的烤肉呢？我想可试用电或微波炉，不用木柴，煤炭做燃料，烤的时间可缩短，不让食品烤得焦黄，这样可减少煤烟污染，但不能避免蛋白质和脂肪本身受高温热解而产生的致癌物。由此可见，最好的办法是不吃或少吃烟熏火烤的食品。

3 不吃或少吃腌制食品

很多家庭习惯用盐腌制猪肉、禽类、鱼类、蛋类等，在商店里可以买到咸肉，火腿、腊肉、腊肠、咸菜、酱菜等，这些食品都是用盐腌制加工的。含盐量太高，还可能含有少量亚硝酸盐、二级胺及亚硝胺。

腌制食品对健康有什么危险呢？首先，腌制食品要用很多

盐,虽然食盐是我们的必需品,但过多的盐对人体有害,既可诱发高血压病,也可导致胃癌等疾病,所以国外有人研究认为过多的盐有促癌作用,目前我国居民平均每天食用10~15克盐,北方人吃盐较多,南方人较少。但是国际上认为适当的量是平均每天食用盐5~6克。

另一方面,腌制肉类常常加入防腐剂硝盐,主要是亚硝酸钠。各种肉类在腌制过程中,其蛋白质成分会形成二级胺,当条件适宜,亚硝酸盐和二级胺化合成致癌物亚硝胺。虽然含量很少,但吃的次数或量多了,吃进体内的亚硝胺便积少成多,便可引发多种癌症。蔬菜被腌制后也同样存在上述情况,第一,食盐的浓度太高;第二,蔬菜中的部分硝酸盐还原成亚硝酸盐,与菜的成分结合,也会形成少量的致癌物亚硝胺。

那么,不加盐做成的酸菜好不好呢?我国太行山一带居民,过去多少年来,每年秋、冬季,要腌酸菜,可以一直吃到第二年春天或夏天,例如河南省林州市原叫林县,位于太行山东麓,中国医学科学院研究人员在当地的酸菜里发现了致癌的真菌,真菌毒素和亚硝胺,实验证明某些真菌毒素和亚硝胺可以诱发大鼠的食管癌和前胃癌。而林县当地居民的食管癌和胃贲门癌的发病率非常高。所以,酸菜对人的健康也是有害的。

4 不吃发霉粮食

霉变了的大米、小米、高粱米、玉米、花生、豆类及油制品等不能食用。尽量不吃或少吃陈旧饭菜。

三、肺癌患者走出饮食误区

有的癌症患者有太多的“规矩”，这个不能吃，那个也不能吃；而有的患者不论什么，只要吃得下，统统都敢吃。殊不知，上述两种态度对患者的治疗和康复都不利，甚至有害。在此就肺癌患者的合理饮食介绍一下。

合理饮食三步走

◎ 癌症患者的忌口

应因证而异，因人而异，因治疗方法而异，不能笼统地规定能吃什么，不能吃什么，不要过分苛求忌口，甚至故弄玄虚。要多食用含有丰富蛋白质的食物，有些人误认为癌细胞摄取营养的能力比正常细胞强，但是，如果多吃高蛋白的食物，有利于癌细胞，但是如果营养不足，人体的免疫功能处于更低水平，抗癌能力将进一步削弱，反而有利于癌细胞的发展，生活质量下降。比如化疗患者没有一定的蛋白供给，白细胞、血红蛋白是很难恢复的。所以忌口不宜太严，食谱不宜太窄，应以高蛋白、高维生素的饮食为主，以弥补肿瘤的过分消耗，提高人体的免疫功能、抗癌能力和生存质量。

◎ 合理选择饮食

避免食用含有致癌物质的食物，如含有亚硝酸盐的腌制蔬菜、肉类，发霉、烟熏、腐败不新鲜、含有食品添加剂的食物，农药污染严重的农作物。应经常食用有利于毒素排泄和具有解毒作用的食物，如绿豆汤（粥）、赤豆汤、冬瓜、西瓜等。还可以选择具

有抗癌作用的食物，如蕈类中的香菇、蘑菇、灵芝、冬虫夏草、木耳、银耳；蔬菜类中的莴苣、荠菜、黄花菜、丝瓜、南瓜；水果类中的杏、梨、杨梅、猕猴桃、枇杷、石榴；叶根茎类中的莲藕、百合、荸荠、大蒜、萝卜、芦笋、胡萝卜等；动物类的鸡、鸭、鹅、鲫鱼、甲鱼、海参等。

◎ 努力提高食欲

中晚期肺癌患者的主要心理反应是焦虑和抑郁，这会导致不同程度的食欲不振，所以首先要做好心理护理，帮助患者树立信心，解除患者的思想顾虑，提供安静、整洁的饮食环境，尽可能离开病床，坐在餐桌前就餐。餐前可以少量饮酒（含酒精较低），或给以开胃醒脾的中药。餐后给予水果等。第二，饮食搭配要注意多样化，多菜谱，忌单调，营养成分要平衡，注意饮食结构，不能偏食，避免日复一日总吃一种食物。注意食物的感官性状。在色、香、味上多花功夫。第三，进食时如有恶心，则餐前在口中滴入几滴生姜汁；或针刺内关，或胃复安内关穴位注射，或服用降逆止呕的中药。第四，保持大便通畅。大便秘结，腑气不通，胃气失和，则不思饮食。多吃些粗纤维的食品如芦笋、芹菜、香蕉，必要时给缓泻剂或中药保留灌肠。第五，注意勿过饥过饱，切忌食黏腻厚味易产生废气之品，以免食欲不振。

四、根据体质辨证施食

食物和药物一样也有四气五味，故饮食也要根据病情寒热虚实来加以选择，寒者热之，热者寒之，虚则补之，实则泻之，还要分清肺阴虚还是肺阳虚，阴虚者宜清补，阳虚者宜温补。肺癌

患者根据临床表现可分为阴虚热毒，痰湿阻肺，气滞血淤，气阴两虚。

1 阴虚热毒型

临床表现为低热盗汗、干咳少痰，或痰中带血、心烦寐差、胸痛气短，脉细数，舌红，苔薄黄，此类患者不宜食用温热之品，如鹿茸、羊肉、狗肉、虾及辛辣、芳香之物。应食用具有清热解毒作用的鱼腥草、黄花菜、鸭肉、藕、芦根、芦笋、百合、香蕉、甘蔗、西洋参、莲子、木耳、甲鱼等。

2 痰湿阻肺型

临床表现为嗽咳痰多、胸痛气急、神疲乏力、脉滑，舌质黯或胖淡，苔白腻。此类患者不宜食用黏腻厚味、辛辣香燥之物，应食用具有健脾化痰，解毒清肺作用的食物，如薏米仁、莲子、萝卜、玉米、长豇豆等。

3 气滞血淤型

临床表现为咳嗽不畅、胸闷不舒、胸部胀痛、便秘、口干、痰中带血、脉细涩、舌绛或有淤斑淤点，苔薄黄，此类患者应食用具有理气化滞，活血解毒作用的食物，如茄子、木耳、发菜、芹菜、荸荠等。

4 阴两虚型

临床表现为乏力神疲、气短懒言、口干、便结、咳嗽少痰、舌淡红、或体胖、苔薄白或少苔，此类患者应食用具有补气养阴作

用的食物，如葡萄、梨、桑葚、薏米仁、豆豉、西洋参、山药、甲鱼、墨鱼等。

临床上根据出现不同症状给予相应对症食物。如咳嗽痰多且黄稠者，给鱼腥草澄清液煮雪梨、贝母炖蜜糖、煸炒芦笋。咳嗽痰清稀者可服用百部鸡汤、杏仁炒豆腐干；血淤疼痛者可服桃仁粥、三丝烩芦笋、酱油南瓜片、瓜蒌饼等；咳嗽咳血者，可服用燕窝汤、百合田七炖兔肉；虚劳，咳喘，自汗盗汗者，可服用虫草炖全鸭、西洋参炒鸡丝；肺癌胸水者，可用红枣桂圆蒸鸭、蘑菇炒蜗牛。

五、放疗期饮食宜忌

肺癌患者接受放疗时，由于放射线同时也损伤肿瘤周围正常组织，常引起放射性肺炎、肺纤维化和放射性食管炎。临床表现：①干咳、胸痛、气短、气喘、痰黏难咳、呈阵发性刺激性干咳，甚至有时出现口唇发绀等缺氧现象。②常合并肺部感染，出现发热、咳黄色稠痰、气短、呼吸急促。③常有骨髓抑制现象，表现为三系细胞低下(红细胞、白细胞、血小板)，出现疲乏无力，精神不振、食欲极差、恶心腹泻及体重减轻。因此，放疗期间应多食能滋阴润燥的甘凉食品和清热解毒的食品。如生梨汁、鲜藕汁、芦根汤、西瓜、蜂蜜、荸荠汁、赤豆汤、绿豆汤、百合及各种蔬菜和新鲜水果，忌食助湿生痰的食品和辛辣的食品，如芋艿、山芋、肥肉、辣椒、葱、姜、胡椒、韭菜等。若有气血不足现象，则宜补充高蛋白食物如奶类、瘦肉、动物肝脏和红枣、山药、桂圆、莲子、黑芝麻、黄鳝、牛肉等补气生血的食品。

总之，合理的饮食，对癌症患者更好地接受抗肿瘤治疗，提

高人体免疫功能，提高生存质量，延长生命，以及病体康复具有积极意义。

放疗后宜多吃的食物

猪肝 近代医学研究认为，维生素A有一定的抗癌防癌作用。实验还证明，维生素A对诱发的动物皮肤癌、肺癌、膀胱癌、乳癌、宫颈癌等都有预防作用。猪肝中含有多量的维生素A，每百克猪肝内高达8700国际单位。所以，癌症患者在放疗、化疗、术后均宜服食。

乌骨鸡 有滋补强壮、提高免疫功能、控制肿瘤生长、发展、转移，延长生存期的功效，是为一种扶正抗癌食品。乌骨鸡的营养成分，诸如总蛋白及丙种球蛋白、氨基酸、维生素C、胡萝卜素等，均比普通肉鸡要高，所含维生素E竟比普通肉鸡高2.6倍。尤其是癌症患者放疗、化疗或手术治疗后服食，更为适宜。

鸡蛋 不仅是癌症患者的营养食物，同时也是一种防癌抗癌佳品。1986年中国科学院遗传研究所从鸡蛋中分离出一种抗胃癌细胞的IQY抗体，经动物实验证明，这种抗体能杀死大部分胃癌细胞。不仅如此，日本太阳化学工业公司的研究人员还发现，鸡蛋中含有抗癌物质光黄素和光色素，每个鸡蛋含量约为10微克，具有抑制癌细胞增殖的作用。在治疗癌症的民间偏方中，也有不少是将剧毒中药，如斑蝥、狼毒、蜈蚣等，放入鸡蛋内蒸熟食用。

鹅血《本草从新》载：“鹅血愈噎膈反胃。”《本经逢源》亦云：“鹅血能涌吐胃中淤结，开血膈吐逆，食不得人，乘热恣饮。”噎隔反胃，相当于食管癌、贲门癌、胃癌等。上海20多家医疗单位临床

使用鹅血制剂治疗胃癌、食管癌、脑癌、肺癌、鼻咽癌、乳腺癌、肝癌、淋巴肉瘤等334例，总有效率为65%。所以，各种癌症患者，宜将鹅血用温开水冲服，每隔5~7天1次。

猪蹄 俗称猪脚爪，适宜癌症患者手术后，或放疗、化疗后食用，可以收到手术创口愈合快、体重增加、白细胞及血红蛋白升高，面色红润的效果，起到增强体质、扶正抗癌的作用。

酸奶 含有丰富的蛋白质和维生素A，不仅能补益身体、增强体质、提高机体免疫系统功能、有效地抗御癌症，同时还能影响致癌物质的代谢途径，与致癌物质有生物拮抗作用。适宜防治癌症或癌症患者放疗、化疗后服食。

牛奶 能补虚损，适宜反胃噎膈即食管癌、贲门癌、胃癌以及癌症体弱之人服用。元代《丹溪心法》中就曾记载："治翻胃，牛乳一盏，韭菜汁100克(2两)，用生姜汁25克(半两)，和匀温服。"

海参 是一种高蛋白滋补品，现代研究发现海参中所含黏多糖能够显著提高机体的免疫力，抑制癌细胞的生长，是一味很有药用价值的抗癌食品。适宜癌症患者晚期或是手术后，放疗、化疗期间食用，既能增加营养、补益精血、强壮体质，又能抑制癌细胞生长、发展、转移和复发。

甲鱼 能滋阴养血、补虚抗癌。适宜多种癌症患者服食，诸如鼻咽癌、肺癌、胃癌、乳腺癌、恶性淋巴瘤、脑肿瘤、肝癌等，特别是癌症患者放疗或化疗后呈现阴虚内热者，食之尤宜。

干贝 既是一种高蛋白、低脂肪的保健食品，又是一味抗癌食物。近年来的医学研究发现，干贝中含有一种糖蛋白，经动物实验证明，该物质具有破坏癌细胞生长的作用，它还能增强人体免疫力，提高人体巨噬细胞的活性，及时清除体内发生癌变的细

胞。适宜各种类型的癌症患者食用,既可增进营养,强壮体质,又有一定的防癌抗癌效果。

蛤蜊 性寒,味咸,能软坚散结、清热解毒,适宜甲状腺癌、肺癌、肝癌者服食。据现代药理研究,蛤蜊中的一种蛤素物质有抗癌作用。现今,蛤蜊被认为是一种理想的抗癌食品,有的国家已利用蛤蜊制成抗癌药物,用于肝癌、甲状腺癌的治疗。

牡蛎肉 含有丰富的蛋白质和维生素A、B、C、D和E以及微量元素。近年来,有学者发现牡顿肉中含有一种鲍灵素成分,对一些瘤细胞株和动物肿瘤有抑制其生长的作用。牡蛎是一种抗癌海产品,牡蛎肉适宜各种癌症患者食用。

鲍鱼 是一种低脂肪、高蛋白质、多矿物质和多维生素的海产品。我国的医学科研人员从鲍鱼肉中提取出两种称为“鲍灵素1、鲍灵素2”的成分,经药理实验表明,该物质有较强的抑制癌细胞生长的作用。凡癌症患者,均宜服食。

鲛鱼 鲛鱼又名鲨鱼。其功有二,其一,《食疗本草》说它:“补五脏”。其二,“医林纂要”认为它能“消肿去淤”。鲨鱼鱼翅更是味道鲜美,营养丰富的名贵食品。现代医学研究发现,鲨鱼的软骨组织中含有一种物质,能有效地抑制癌细胞的生长。癌症患者适宜常吃该鱼,不但能益气补血、滋肾填精、强壮筋骨,还有明显的抗癌作用。

六、化疗期饮食安排

由于肿瘤本身对人体的消耗和化疗所致食欲不振、恶心呕吐而引起的摄入不足，所以患者化疗期间应本着高蛋白、高热

量、易消化、低脂肪的原则来安排饮食。从现代营养学角度来看，各种肉类、鱼类的蛋白质营养价值和热量较高，在主食上应该粗细搭配，力求多样化。多吃些玉米、黑豆、黑芝麻、花生、小米、黑米等营养价值高的食品，多食蔬菜和水果，因其中含有人体所必需的营养素，尤其是各种维生素和纤维素，如卷心菜、菜花、白萝卜、油菜、香菇、银耳、苹果、梨、大枣、猕猴桃、柑橘类等。

若化疗中出现食欲不振、恶心呕吐，可酌加山楂、白扁豆、白萝卜、鲜芦根、鲜藕、姜汁、薏米、陈皮等，熬粥频服，可健脾开胃、降逆止呕。若出现血象下降，饮食中酌用大枣、龙眼肉、动物肝脏、乌鸡肉、鸭肉、鳖肉等。

七、术后饮食安排

合理有效的营养治疗有助于患者安全度过手术、创伤导致的应激阶段。

从术后第一天起就可进食少量流质，开始时可少量多次饮水，每次30~50毫升，每10~20分钟饮水1次，以增加体内水分，防止气道干燥及痰液黏稠。如无不适即可进半流质饮食如米粥、龙须面、蛋羹等；适量进食各种水果及果汁，以补充维生素。以后逐步过渡到易消化的软饭及普通饮食。饮食上要做到荤素搭配，多补充蛋白质、维生素等，日常食物中，肉类（畜、禽、鱼类）、奶类、蛋类、干豆类、坚果类蛋白质含量较高。少吃或不吃罐头食品，因为罐头食品大多数含有防腐剂。可以尝试下面的小食谱。

1 汤汤水水补津液

新鲜菱角汤

原料与用法 鲜菱角30个，加水适量，小火煎成浓汤服用。每日一剂，分次服。

功用 健脾益胃，抗癌。本品偏寒，中阳不振、脾胃虚寒、自感胃中寒冷、大便稀者不宜服用。

黑木耳六味汤

原料与用法 黑木耳10克，当归、白芍、黄芪、甘草、陈皮、桂圆肉各5克。先将黑木耳煎水，饭后服用，后6味药另加水煎汤，早晚空腹时分服。

功用 补气血，活血止血，润燥利肠。可辅助治疗妇女阴道出血、阴道癌及子宫颈癌。黑木耳含有一种多糖体，有一定的抗癌活性，能显著地提高人体的免疫功能；后6味药有补气血、扶正气的强身作用，用它与黑木耳配合，有补虚弱强身、扶正抗癌之效。身体虚弱或癌症患者常服，既可增进健康，又有防癌作用。

向日葵芯汤

原料与用法 向日葵梗芯5~6克，加水煎汤饮用，每日一剂，分两次服。

功用 通经、利尿，通便，抗癌。适用于辅助治疗胃癌、食管癌、肝癌等。向日葵芯为向日葵秆剥去外皮，其白心即是。

铁树叶红枣汤

原料与用法 铁树叶150~200克，红枣10枚。加水适量，慢火

煎汤。每日一剂，分3次服用，1个月为1个疗程。

功用 收敛止血，补虚扶正，固益正气，扶正抗癌。用于辅助治疗胃癌、卵巢癌、呕吐反胃等症。铁树叶有抗癌之效，红枣有补脾益气、养血安神之功，两味同用，其补虚扶正抗菌抗癌作用更强。

鱼腥草肉丝汤

原料与用法 鱼腥草（鲜品）50克，猪瘦肉100克，紫菜20克。先将猪瘦肉洗净切成丝，入油锅炒片刻，备用；鱼腥草去杂质，加入清水适量，武火煎煮15~20分钟，去渣留汤备用；紫菜加水适量浸泡10分钟，待泥沙沉淀后，捞起滤干备用。再将鱼腥草汤再煮沸，加入肉丝和紫菜，煮10~15分钟，调味。饮汤食肉。

功用 本方清热解毒，散结化痰，滋阴润燥。适应肺癌属于痰热壅肺者，症见咳嗽、口干，痰黄稠；或咳吐脓血痰，伴发热口苦；舌质红，苔薄黄，脉数者。

专家提示

正常人每日消耗大约2500毫升的水分，对于癌症患者来说，尤其是经过手术、放疗或化疗的患者，更容易消耗津液，可以在癌症康复期适当进食一些具有辅助抗癌作用的汤饮。

甲鱼杏贝汤

原料与用法 甲鱼1只，杏仁15克，川贝母18克，生姜10克，料酒10克，食盐、醋、葱、大蒜、花椒、味精各适量。将甲鱼宰杀后，去壳、头、爪、皮，切块备用；生姜切成片，与杏仁、川贝母一并放入砂锅中，加清水适量，置火上先用武火烧沸，再用文火煨炖，慢火炖至熟烂后，加入调味品调味服食。可佐餐服食，也可以单独服食，隔两日一剂，分3次食完，连续服食5~7天。

功用 养阴润肺，化痰止咳。

红参猪肺汤

原料与用法 红参10克，猪肺500克，生姜12克，花椒3克，料酒10克，大蒜、食盐、葱段、味精各适量。将红参用清水浸透后，切成片；猪肺洗净，切成块；生姜切片；各物一并放入砂锅中，加入花椒、料酒、食盐和适量清水进行炖煮，慢火煨炖至熟烂后，调味服食，食猪肺饮汤。每日一剂，分两次食完，连续服食5~7天。

功效 补脾益肺，补虚健体。

沙参玉竹老鸭汤

原料与用法 沙参50克，玉竹50克，老鸭1只（注意，一定要选用老鸭）。将老鸭去毛脏，洗净。再把沙参和玉竹一起放入瓦锅内，文火煲1个小时以上，调味即可。

功用 可治疗肺燥、干咳等，对病后体虚，津亏肠燥引起的便秘有效。

冬瓜皮蚕豆汤

原料与用法 冬瓜皮，冬瓜子，蚕豆各60克。将上述食物放入

锅内加水3碗煎至1碗，再加入适当调料即成，去渣饮用。

功用 除湿、利水、消肿。适用于肺癌有胸水者。

石吊兰瘦肉汤

原料与用法 石吊兰60克，猪瘦肉120克，生姜10克，食盐、葱段、胡椒、味精适量。将猪瘦肉去筋膜，洗净切成片；生姜洗净切成片，与石吊兰、食盐及调料等一并放入砂锅中，加清水适量，先用武火烧沸，再用文火煎煮，至熟烂后，调味服食。食肉喝汤，每日一剂，分数次食完，连续服用5~7天。

功用 清热解毒，化痰止咳，通络止痛。

桃仁参汤

原料与用法 胡桃肉20克(不去皮)，西洋参6克，生姜3片，加水适量，同煎取汁200毫升去姜，加冰糖少许调服，每日1次，临睡前温服。

梨 汤

原料与用法 白梨50克，冬虫夏草5克，水煎服，每日1次。

四物汤

原料与用法 用黄花、木耳、豆腐、豆芽做成，既健脑、益气、润肺、强身，又含有丰富的蛋白质、脂肪、维生素。

鸽蛋银耳汤

功用 润肺和胃，补肾益气。

2 粥类营养易吸收

仙枣赤豆粥

原料与用法 仙鹤草90克，赤小豆50克，薏苡仁100克，大枣20枚，白糖适量。薏苡仁、赤小豆共浸泡半日。仙鹤草用布包。大枣去核。加水共煮成粥。加糖调味后，每日数次随意服食，连续服10~15天。

功用 清热解毒，活血止血。

萝卜粥

原料与用法 胡萝卜60克，白萝卜150克，粳米60克，猪肉末30克，食盐、香油、味精各适量。将白萝卜洗净切丝，与米、肉一同放入锅内，加清水上或煮成粥后，加油盐、味精、香油调味。每日分3次服食，连续服3~4周。

功用 宽中消积，降气化痰。

川贝糯米粥

原料与用法 川贝母12克，雪梨6个，糯米100克，冬瓜仁100克，冰糖180克。将川贝母打碎；雪梨洗净，去皮，切成片；糯米洗净，放入砂锅内，加清水适量煮粥，先用武火煮沸后，再用文火煎煮，煮至六成熟时，加入川贝母与雪梨片，继续煮至粥熟，纳入冰糖，再煮至沸后即可。日服一剂，早、晚空腹服食，连续服用5~7天。

功用 养阴润肺，化痰止咳。

杏仁银耳小豆粥

原料与用法 杏仁15克，银耳30克，赤小豆25克，粳米50克，冰糖60克，清水2000毫升。杏仁用开水烫泡15分钟，去皮切碎，与

赤小豆、粳米同煮成稀粥。银耳用温水发开，洗净去根，另炖1个小时，与冰糖同入粥中，再煮15分钟即可。每日分两次服食，连续服食15~20天为一个疗程。

功劳百合粥

原料与用法 十大功劳15克，百合30克，粳米50克，冰糖30克。百合洗净切碎，十大功劳用布包，与粳米同煮成粥，加冰糖略熬即可。每日分3次服食，连服10~15天。

功用 滋阴清热，润肺止咳。

糯米白芨粥

原料与法 糯米100克，白及粉15克，大枣5枚，蜂蜜25克。先将糯米、大枣洗净，放入砂锅内，加清水适量，置火上，用武火烧沸后，再用文火煎煮，至粥熟后，调入蜂蜜与白及粉，再煮一两沸，等待粥黏稠后在服食。每日一剂，分两次食完，10天一个疗程，温热服食。

功用 滋阴润肺，收敛止血，消肿生肌。

三七白芨粥

原料与用法 三七末5克，白芨粉15克，大枣10枚，蜂蜜25克，粳米100克。将三七末、白芨粉混匀另包待用；粳米洗净，与大枣一并放入砂锅中，加清水适量，先用武火煮沸，再用文火慢煮，至粥熟后，加入三七末、白芨粉与蜂蜜，调匀后再煮一两沸即可。每日一剂，早、晚空腹服食，可视咳血情况增减。

功用 补肺止血，养胃生肌。

参蛤粥

原料与用法 人参粉3克，蛤蚧粉2克，蜂蜜30克，糯米50~100克。糯米加水煮成稀粥，待粥熟时，加入人参粉和蛤蚧粉，用蜂蜜调匀，空腹热服。每日两次，连续服食10~15天。

功用 补肺益肾，定喘止咳。

羊骨粥

原料与用法 羊骨两具（约重100克左右）。粳米或糯米100克，食盐、生姜、葱白各少许。先将羊骨洗净槌成小块(如乒乓球大小)，加水煎煮，取其汤液与洗净的粳米(或糯米)同煮为粥，粥熟后加入食盐，即能食之。

白果枣粥

原料与用法 白果25克，红枣20枚，糯米50克。将白果、红枣、糯米共同煮粥即成。早、晚空腹温服，有解毒消肿等作用。

八、运动给生命添活力

俗话说"流水不腐，户枢不蠹"，适当的运动是强身健体、延年益寿的有效方法。有的学者说"生命在于运动"，揭示了生命的一条规律——动则不衰。巴甫洛夫长寿的秘诀，一是靠劳动锻炼，二是靠遵守生活制度，三是节制烟酒。可见，运动对人健康长寿是多么重要。然而癌症患者能不能进行体育锻炼呢?

首先，要增强参加体育锻炼的信心和勇气。许多癌症患者认为，反正自己患了"不治之症"，参加锻炼还有什么用呢?这种认

识是极其错误的，癌症患者不仅应当参加体育锻炼，而且有此锻炼项目对患者的康复是很有意义的，比如参加慢跑，有人分析慢跑后每天获得氧的供给比平时多8倍，慢跑还可以使人流汗，汗水可以把人体内的铅、锶、铍等致癌物质排出体外，并能提高人体制造白细胞的能力，因此，慢跑可以预防癌症。

患者经过临床综合治疗以后，需要增加营养，参加适当的体育活动，尽快增强体质，提高免疫力，对疾病的康复大有益处。通过体育锻炼，不仅能改善心肺功能和消化功能，还能改善神经系统功能，提高机体对外界刺激的适应能力，解除患者大脑皮层的紧张和焦虑，有助于休息和睡眠，在参加体育锻炼之前，应请医生较全面地检查一次身体，做到充分了解自己，然后根据自己的情况，选择喜欢的适合自己状况的运动项目，在参加体育锻炼的过程中，要善于自我观察，防止出现不良反应，并定期复查身体，以便调整锻炼方法。另外，如果遇到体温升高，癌症病情复发，某些部位出现出血倾向，白细胞低于正常值等情况时，最好停止锻炼，以免意外发生。

在癌症患者的康复运动中，首先值得推荐的就是散步。它运动量不大且简便易行，不受时间、空间等条件限制，除卧床不起的患者外，所有的癌症患者都可选择这种运动方式。

九、运动的五项原则

1 个体化原则

要根据患者的年龄、病情和体质，选择适宜的运动项目、运动强度和运动时间。

2 分段性原则

癌症患者的运动疗法可分为几个阶段。第一阶段，长期卧床或手术后卧床的患者，可以做些不费太多力气的简单动作或卧位气功锻炼，各种形式有节律的重复动作都可以提高肌肉的力量。第二阶段，当患者可以起床活动时，可以适当地进行散步、站位气功等运动锻炼，增加运动强度，提高体力储备，为恢复正常活动创造条件。第三阶段，当患者可以整日离床时，可以增加运动量，逐渐延长散步距离和时间，进行太极拳、郭林新气功等运动方式锻炼，以便加强体力，促进恢复健康。

3 全面性原则

要注意全身运动与局部运动相结合，这样才能发挥其康复医疗的最大作用。一般以全身运动为主，局部截肢或伴有脑血管病的患者，还应配合相应的局部运动和功能锻炼。

4 渐进式原则

运动要循序渐进，逐步加大运动量。在开始时，运动量要小，随着患者机体功能的改善，运动量可逐渐加大。达到应有的强度后，即维持在此水平上坚持锻炼。防止突然加大和无限加大运动量，以免发生心脑血管意外。特别是卧床患者，要想恢复原来的体力活动，一般需要经过相当一段时间。

5 持续性原则

运动锻炼对癌症的康复具有一定效果，但亦并非一日之功，

只有长期坚持才能收到预期的效果。尤其进行郭林新气功、太极拳等运动锻炼时,坚持不懈方能取得疗效。

十、运动强度

各种剧烈运动如快跑、爬山、打球、武术等都不适合癌症患者锻炼。应根据自己身体的实际状况,选择适宜的锻炼项目。

患了癌症要无所畏惧,想象自己仍和正常人一样,和家人或好友结伴走出家门,到运动场上去。可以和病友一起锻炼,在跑道上慢跑或缓行,可以打太极拳或练气功,也可以在草地上随着乐曲跳舒缓的健身舞。运动能一扫忧愁,使人精神振奋,情绪愉悦,大脑神经系统功能得以正常发挥,植物神经系统的功能得到加强,从而使神经内分泌和免疫系统的功能进一步提高。

强身健体有步骤

第一步　外在肢体的锻炼以走路、健身操为主,应作为患者的辅助锻炼方法,要注意的是身心要放松、同时尽量不要心神散漫。

第二步　内在气血的锻炼以具有战斗精神的太极拳、郭林气功及瑜伽为主,应作为患者初期的主要锻炼方法,实现奋力抗击病魔的目的。每日必须锻炼,体会气血畅通、内脏强健的感觉。

第三步　想到有的癌症患者锻炼太极拳和气功也没用的情况后, 使我意识到应该有一个比以上两阶梯更高层次的锻炼方法,要将现实生活中的人生观、社会观、大健康观融入具体的锻炼中去,将癌症心理学的认识融入锻炼中去。

无论锻炼方法有多么好,锻炼时的状态有多么好,如果患者的思想中仍有诸多烦恼和压抑无法释怀、C型性格不改变的话,锻炼结束后又恢复了患病时的身心状态,就会大大抵消锻炼的效果。因此,将现实生活观念与气功太极甚至一般走步做操结合起来的锻炼,即身心合一的锻炼。

十一、散步是最好的锻炼方式

散步可以不拘季节,随时可行。春踏芳草地,夏步小河边,秋赏荷花淀,冬行松林间,各得其趣,散步又散心。

散步也不受空间限制,无论在乡间的田野小路上缓缓漫步,或是在城市林荫道上信步而游,那广阔的空间,绿色的环境,清新的空气,都会使人神清气爽,心旷神怡。

散步也有学问,古人云:"散步者,散而不拘之所谓,且行且立,且立且行,须持一种闲暇自如之态。"

下面介绍一些散步的要领。

① 衣着要宽松,鞋袜要合适,若年老体虚,可拄杖而行,以保安全。

② 散步要从容不迫,怡然自得,摒弃一切杂念。

③ 步履要轻松,有如闲庭信步,使百脉疏通,内外协调,以达周身气血平和。

④ 循序渐进,量力而行。时间可长可短,做到形劳而不倦,勿令气乏喘吁。

⑤ 散步时间:一是清晨散步,置身花草树木之间,则可爽精神可调气血。二是餐后散步,古人认为,"饭后食物停胃,必缓行数

百步，散其气以输于脾，则容易化铁而腐。”三是睡前散步，可使精神放松，促进睡眠。其他时间，亦可散步，贵在坚持，久必获益。

十二、术后活动安排

肺癌手术后早期活动非常有利于促进患者机体功能的康复，早期活动可促使呼吸加深，有利于肺扩张和分泌物排出，防止肺部并发症；促进血液循环，有利于伤口愈合，防止血栓形成；促进胃肠蠕动，防止腹胀、便秘；促进排尿功能的恢复，防止尿潴留。

手术后早期卧床时在未拔除胸腔引流管之前，或因其他原因限制活动时，应在床上经常做下肢屈伸运动；患肢上肢可做上举、触摸头顶及对侧耳朵的练习，也可以用健侧手握住患侧手腕做上举动作。

应鼓励患者早期起床活动。一般情况下，胸腔引流管在术后48~72小时拔除，拔管后离床活动，可在室内或走廊慢走散步、自己用餐、去卫生间，每天按训练计划活动术侧上肢，使术侧上肢尽快恢复功能。

开胸患者术后患侧上肢渐进式功能锻炼如下。

① 术后6小时（患者全麻清醒后），开始做五指同时屈伸、握拳运动，每次3~5分钟，每日3次。

② 术后第一天开始肘部屈伸运动，清晨用患侧手刷牙、洗脸、就餐时用患侧手持碗、杯。

③ 术后第二天开始梳头运动，颈部不要倾斜，肘部抬高，保持自然位置每次3~5分钟，每日3次。

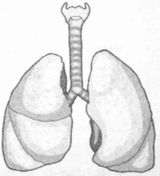
④ 术后第三天开始上臂运动：运动时为保护患侧上肢，用健侧手拖住肘部，做上肢上举过头运动，每次3~5分钟，每日3次。

⑤ 术后第四天开始肩膀运动逐步将患侧手放于枕部，触摸对侧耳朵。开始时用健侧手予以协助，逐渐将患侧手越过头顶，触摸对侧耳朵每次3~5分钟，每日3次。

⑥ 术后第五天开始综合运动，包括摆臂运动、双手左右大幅度运动。为避免患侧与健侧差别，应共同用力。上肢上举动作、双上肢交替上举、扇动臂膀运动、双手十指在脑后叠加，两肘在前面开合，保持两肘高度一致，并向后大范围展开，每项运动每次3~5分钟，每日3次。

第7章 改变观念 肺癌的心理治疗

Gaibian Guannian
Feiai De Xinli Zhiliao



一、癌症是一种慢性病

我们把癌症称之为是一种生活方式疾病、慢性病，因为癌症并不像肝炎病毒、SARS病毒或者艾滋病毒感染后立刻就发病，而是经过漫长时间的不良生活方式的累计。比如像肺癌与吸烟的关系，由于烟草对健康危害的滞后效应，烟民一般是在吸烟20~30年、甚至40年以后才"享受"烟草带来的危害作用，过度饮酒同高血压、心脏病的关系也是一个慢性累计的过程。

就肺癌而言，20~30年前肺癌一经确诊80%以上都是晚期，失去了根治性手术治疗的机会，外科手术创伤大、药物治疗和放疗的有效率低、毒副作用大，5年生存率低。晚期肺癌患者即使使用综合治疗的手段，中位生存期也就是八九个月。近年来，随着健康体检的普及、科普教育的开展，早期肺癌逐年增加；同时，外科手术微创化、放疗设备和化疗药物的更新换代、分子靶向药物的问世和令人惊奇的临床疗效，越来越多的肺癌通过手术、放疗、化疗和靶向治疗获得长期生存，而且生活质量也得以提高，早期肺癌患者的5年生存率和生活质量逐年提高，晚期肺癌患者业已经用年生存率来计算，特别是有了分子靶向药物以后，肺癌患者就像高血压患者每天服用洛活喜、糖尿病患者每天注射胰岛素一样、每天在家服用易瑞沙或特罗凯就能够有很好生活和工作。所以我们把肺癌称之为"慢性病"。

以前癌症在我国人口死因调查中排第四位或第五位，2009年4月29号卫生部发布的我国最新人口死因调查数据显示，目前在我国城市，癌症已超过心脑血管疾病成为第一大死亡原因，在

农村是第二位。而在癌症里面肺癌是第一位的，肺癌在全国整个死因排到第一位，已经超过肝癌，构成比是22.3%。全球也一样，2008年世界癌症大会数据显示，癌症每年发病接近1600万左右，超过心脑血管疾病，在癌症死亡里肺癌排在第一位。北京市2009年10月份公布了肺癌流行病学调查结果，6万多死亡人口当中两万多都是死于癌症，癌症里面肺癌又是排在第一位，占到了29%，接近30%。所以从死因构成比上决定了肺癌是一个常见病、多发病。

不同的性格、病情和治疗过程，使癌症患者有不同的心理特征。心理护理对癌症患者树立信心、调整心态、增强生理功能非常重要，在护理过程中要及时了解、超前预见，根据患者不同的心理特征，用科学的护理语言积极施护。

二、不良情绪是癌细胞的活化剂

临床统计数字显示90%以上的肿瘤患者均与精神、情绪有直接或间接的关系。精神创伤、不良情绪，可能成为患癌症的先兆。中国科学院心理研究所的研究结果也表明，现代生活中，工作和学习上的长期紧张、工作和家庭中的人际关系的不协调、生活中的重大不幸是致癌的三个重要因素。

精神因素与人体免疫功能密切相关。我们知道，人体免疫系统受神经和内分泌的双重调控，可以这样认为，刺激是由人的情绪影响大脑边缘系统、自主神经系统、内分泌系统、内脏器官而起作用。

精神抑郁等消极情绪作用于中枢神经系统，引起自主神经

功能和内分泌功能的失调，使机体的免疫功能受到了抑制。由于机体间的平稳被打破，使细胞失去正常的状态和功能，不断变异，产生了癌细胞。另一方面，减少体内抗体的产生，阻碍了淋巴细胞对癌细胞的识别和消灭，使癌细胞突破免疫系统的防御，过度地增殖，无限制地生长，形成癌症。精神因素对癌的发生、发展、扩散，起着非常重要的作用。这点已被美国的弗农·赖利博士的动物实验所证实。用声光刺激动物，使之产生紧张、焦虑，结果动物的免疫系统的防御能力大大减弱，并诱发了以前潜伏在胸内的癌瘤。他的另一个实验是，在受到同样刺激的老鼠臀部种植的肿瘤细胞，很快就扩散到肺部和肠道。究其原因，正是这些恶劣的精神因素起到了“唤醒”沉睡的“狮子”（癌细胞）的作用，使它得以“疯”长，肆无忌惮地吞噬着机体。

有人把不良情绪比作装满子弹的枪，任何微小的刺激就像扣动了它的扳机。的确，不良情绪是癌细胞的活化剂。正如一位哲人说的：“一切对人不利的影响中，最能使人短命夭亡的就要算是不好的情绪和恶劣的心境，如发愁、颓废、恐惧、贪求、怯懦……”就拿乳腺癌来说，两千多年前，古罗马的盖伦医生就知道患乳腺癌的妇女常患有忧郁症。现代医学已经证明了这点，抑郁消极的情绪可使催乳素分泌过多，而致乳腺癌。我国中医在《外科正宗》中对乳腺癌的病因分析，认为“忧郁伤肝，思虑伤脾，积想在心，所愿不得，致经络痞涩，聚结成核。”肝癌患者大多有“大怒”伤肝的经历，胃癌患者则常生“闷气”。俗话说：“百病皆生于气”，“万病源于心”。

治病要治心，恶劣的情绪，忧郁的精神，对人健康的损害，甚至比病菌、病毒更厉害得多。情绪可以杀人，亦可以救人。良好的

情绪，犹如一剂心药，对癌细胞有强大的杀伤力，是任何药物所不能代替的。马克思曾经说过："一种美好的心情，比十副良药更能解除生理上的疲惫和痛楚。"

三、癌症患者的心理四期

1 怀疑否认期

患者突然得知自己确诊为癌症，企图以否认的心理方式来达到心理平衡，怀疑医生的诊断错误或检查上的错误。

2 愤怒发泄期

否认之后，患者常会出现强烈的愤怒和悲痛，一旦证实癌症的诊断，患者会立即感到对世间的一切都有无限的愤怒和不平，有被生活遗弃、被命运捉弄的感觉。并把这种愤怒向周围的人发泄。如常借故各种理由表现出愤怒和嫉妒，常常与亲人、医护人员发生吵闹，事事感到不如意，不顺眼，还会认为所有人都对不起他，委屈了他。同时以怕周围人遗弃他，表现这些心理行为的如：大声喧哗，百般抱怨，愤愤不平，这种情绪持续不定，会消耗患者战胜疾病与正常生活的精力。

3 悲伤抑郁期

当患者在治疗或休养过程中，想到自己还未完成的工作和事业，想到亲人及子女的生活、前途和家中的一切而自己又不能顾及时，便会从内心深处产生难以言状的痛楚和悲伤。再加上疼

痛的折磨，用药难受，则进一步转化为绝望，从而产生轻生的念头，一旦产生了这种心理之后，就可能采取各种手段过早结束自己的生命。

4 情感升华期

也有许多癌症患者虽有多种心理矛盾，但最终能认识到现实是无法改变的，惧怕死亡是无用的，而能以平静的心情面对现实，生活得更充实更有价值，在短暂有限的时间里，实现自己的愿望和理想，这就是升华，升华为积极的心理防范反应，把消极的心理转为积极的效应，以使心理通过代偿来达到平衡。患者在积极的心理状态下，不但心理平衡，而且身体状态也会随心理状态的改变朝好的方面发展。

四、摆脱困扰你的问题

患癌症后，会接受不同种类的治疗。无论是经过手术、化疗、放疗，都会不同程度经历由这些治疗引起的一些躯体不良反应，所以经历过治疗的人对这些治疗引起的身体不良反应很熟悉，比如说放疗引起的疲劳、化疗引起的恶心、呕吐等等。但是你有没有听说过治疗引起的心理不良反应？相信很多人都对此不太清楚。一般来说，人们并没有把感情、心理上的变化当作治疗的不良反应来对待，其实这是错误的，我们非常有必要把它们归为治疗的不良反应，因为这些心理不良反应会将你的心理损伤，出现很多心理痛苦。下面我列举一些治疗引起的心理不良反应，对照看看它们在自己内心是否存在，如果这些问题同样困扰着你，就不要忘记寻求必要的帮助。

1 困难重重到底要不要坚持

当治疗对身体带来不良反应比较严重时，要放弃的念头就会悄悄出现。毫无疑问，为了重获健康，忍受这些打击是非常值得的，所以当治疗过程变得很艰难的话，你一定要不断提醒自己，这些痛苦是值得忍受的。

2 我还是以前的我吗

形体的改变，比如掉头发、面色苍白和身体消瘦，会让人产生一种“我不再是以前的我”的想法，这种身体上的变化会让你产生心理的痛苦，因为它无情地侵蚀着你的自信心。你可能会变得不喜欢照镜子，感到力不从心或是认定自己的身体器官不再有以前的功能了。其实这些症状是随着治疗而来的，一旦治疗停止，一切都会慢慢恢复正常了。

3 我的生活难道就是打针、吃药、抽血吗

有时你会觉得生活就是吃药治病，除此之外别无其他，因为你的日程已经完全被治疗和护理所占据了，进行一期又一期的化疗让你觉得治疗是没完没了。在一段时间内，你的生活必然会与症状、药物和治疗不断打交道，但要知道这一切只是暂时的，并学会在这个过程转移一下注意力，会减轻些你的焦虑。

4 我是懦夫吗

困难重重的治疗会让人感到身心疲惫，其实一些较轻的症状如反复性低烧，手脚指尖麻木(化疗所致)，就将让人感到难熬了，所以应对癌症治疗真的需要勇气和力量。可是，在人们的观

念中常以为求别人帮助是一种懦弱的表现。实际上，向别的病友或他人咨询、求助并不能说明你是懦弱无能的人。你应该寻求一切可及的资源，来帮助你渡过这些艰难的治疗，这样能够使你的治疗变得轻松些，减少一些痛苦。

5 情绪千变万化

有时候，你会发现自己无法控制自己的感情，甚至会为一些微不足道的事情伤心流泪，也可能情绪从一个极端走向另一个极端，先兴奋而后极度低落。这些表现可能是治疗药物所致，比如强的松和氟美松，都会影响人的情绪，引起先兴奋后极度低落的心情变化，这种“秋千”式的变化会在治疗后消失的，如果这种心情变化非常严重，你应该寻求心理医生的帮助，甚至通过药物来控制。因为持续的情绪低落状态可能转变成抑郁症。

6 无法集中注意力

在化疗过程中，有些人会抱怨老记不住事儿，没办法看书读报，也不能专心工作。有一种“快要疯了”的感觉。有些化疗药物，特别是在高剂量应用时，会暂时性地影响你的思考能力，引起记忆困难和注意力无法集中。这些反应也是暂时的，避免开车这样的需要集中注意力的活动，治疗停止后记忆和注意力还会慢慢恢复，不必因此心烦，或感到自己的记忆力和注意力被毁掉。

以上只列举了癌症治疗中一部分心理不良反应，其实治疗所带来的心理问题还很多，需要我们去关注、去处理。但是首先和最重要的是你要自己去认识它们，有想要处理它们的愿望并将这些想法告诉医生。

五、打破谈癌色变 切勿对号入座

人们一直认为患了癌症就等于判了死刑，所以现实社会中人们往往会谈癌色变，给人们的心理带来极大的压力。患者及家属对癌症的恐惧心理很强，更有甚者直接被“癌症”吓死。这其中大多是对癌症知识的一知半解和盲目的消极情绪造成的。

据报道约34%~44%的癌症患者在得知自己患了癌症后会出现各种明显的心理应激反应或心理障碍，其中约18%的患者符合重症抑郁发作的诊断。“恐癌症”可以带来相当明显的消极作用。临床观察和动物实验均表明，严重心理应激可以损害人体免疫功能，导致肿瘤生长加快，病情恶化，甚至导致患者绝望自杀。因此，采取相应措施消除人们恐癌心理以及恐癌心理带来的消极影响是非常必要的。如何帮助他们减轻、解除心理负担，摆脱情绪困扰，积极配合治疗，改善生活质量，是肿瘤、精神、心理等学科都需要加以重视的问题。大多数癌症患者恐惧心理的社会表现一般有以下几种，怀疑、焦虑、抑郁、紧张、愤怒、担忧、绝望、回避和消极对待。医护人员、家属和亲友应该给患者提供合适的环境和表达机会，让患者宣泄不良情绪，耐心倾听并加以疏导，使其情绪得以缓解，心理障碍得以消除，通过加强对医学的进步及发展前景的了解进一步增强战胜疾病的信心。

癌症患者由怀疑、焦虑、紧张到悲观绝望的心理表现最为普遍。临床上常常见到一旦患者经过检查可疑患了癌症，家人往往会惊慌失措，一般都要四处咨询、辗转几家大小医院诊治。当最终确诊之后，好多癌症患者本人对自身病情悲观绝望。并由此对

手术、放疗、化疗等治疗产生厌烦和恐惧，对治疗的预期效果失去信心。这些患者中，听天由命者有之；极度紧张、恐惧、连“癌”字都不敢多想多说甚至于自寻短见以求早日解脱者亦有之。好多患者家属的恐惧、悲观绝望情绪也很常见，他们大都急于想知道患者还能活多久，其精神紧张的程度甚至超过了患者本人。尤其在患者还没了解病情以前，或其已知自身病情但尚能自持时，家属反而控制不住自己的情绪。开始往往都是害怕患者承受不了打击，出于保护患者的目的，想方设法地对患者隐瞒病情，不告诉患者坏消息。其实，所有这些绝望情绪都是有害的、不可取的，在大多数情况下是毫无根据的。我们主张选取适当的时机、适当的地点由大家感觉最合适的人把这个不好的消息告诉患者，和他一起分析病情，鼓励患者鼓起勇气，树立信心，积极配合医护人员共同抗癌。

六、家属正确对待　克服回避情绪

患者及家属不愿正视疾病、回避情绪带来的后果也同样令人吃惊，其危害程度甚至远远超过悲观绝望。回避疾病的表现主要是不愿正视疾病的现实。对患者个人来说，讳疾忌医的情绪时有见到，有些患者家属也会表现出这种情绪，对医护人员的诊疗意见充满反感。他们往往出于对手术、放化疗等治疗的恐惧和对目前癌症疗效的怀疑，转而投向偏方、验方、社会上夸大宣传的营养保健品甚至于求神拜佛。社会性的回避行为亦时有见到：如不愿意医务人员去他们单位进行防癌普查；不愿意科研机构对他们的生活、工作环境进行危险因素考察；不愿意采取预防措施

等。这种情绪主观上是逃避现实,客观上却贻误了诊治时机,给了癌魔肆虐的机会。

七、积极缓解病情　切勿消极对待

恐癌心理的另一种常见表现就是消极对待。这种消极态度常常隐藏在悉心照料的背后，其目的无非是为了安抚患者或其家属,其实质仍是恐癌心理在作祟。在这些人看来,得了癌症的人注定会很快死去,对行将入土的人不妨大发慈悲之心,他们对癌症患者往往是关怀备至,尽一切可能满足患者的愿望与要求,甚至对其所产生癌症的不良生活习惯及生活方式也不加以干预,继续放任自流甚至纵容他们。这样做只能是影响常规治疗的效果,加速患者病情的进展。值得一提的是,某些社会媒体的宣传对人们恐癌心理也起了推波助澜的作用,如在一些电影、电视剧乃至报刊杂志上,为了突出某位人物崇高的形象,往往让其身患癌症不治而亡作为反衬,这样做或许能达到某一艺术效果,但同时也悄悄地播下了癌症恐怖的种子。

另外还有一种值得一提的情况就是"疑病症",当得知某位社会公众人物或者自家某位亲友罹患癌症后，或者在翻阅有关医学科普书籍讲到某种癌症时,自己就"对号入座",越体会越觉得自己身体某相应部位不适,恐怕是也得了癌症,赶紧去医院检查,结果往往是虚惊一场。更有甚者因为过度的紧张和过度的检查影响了身体健康。这同样是恐癌心理在作怪。

其实只要重视、加强肿瘤知识的普及,提高大家对肿瘤防治进展的认识,介绍更多的治疗成功的病例,转移患者的注意力到

其感兴趣的爱好中来，营造和谐稳定的人际关系，人们对癌症的认识只会渐趋理性，不良情绪会逐步得到改善，恐癌心理就会逐渐减轻、消除。

八、科学抗癌有“三早”

随着医疗水平的不断提高，一些癌症已经成为可以提早预防、发现并可以完全治愈的疾病。世界卫生组织早就明确指出，有1/3的癌症可以避免，有1/3的癌症可以治愈，其余的患者经过积极的治疗，可以改善生活质量，延长寿命，减少痛苦。在发达国家如北美和欧洲，儿童肿瘤的治愈率已经超过70%，成人肿瘤一般在50%以上。通过肿瘤内科综合治疗可以使近20种肿瘤的治愈率得到提高。目前能够通过内科综合治疗取得根治性疗效的肿瘤（治愈率在30%以上的）有：淋巴瘤、睾丸肿瘤、滋养叶细胞肿瘤、某些儿童肿瘤及急性白血病等；术后能在一定程度上提高治愈率的肿瘤有：乳腺癌、结肠直肠癌、卵巢癌和软组织肉瘤；可以明显延长生存期（治愈率在30%以下的）晚期肿瘤有：小细胞肺癌、非小细胞肺癌、大肠癌、胃癌、卵巢癌及头颈部癌等。也就是说临床上确诊的肿瘤患者有1/2~2/3是可以治愈的。随着新的药物和技术的出现，使很多即使是晚期癌症患者的治疗同样也取得了很大进展，好多过去认为已失去治疗机会的患者，原来认为没有希望的患者，生命又延长了数年、十余年。

可以看出“不治之症”的概念早已成为历史。而治疗效果提高的关键之一是“三早”：早期发现、早期诊断、早期治疗。而一切疗效提高的关键还在于患者放下包袱，正确对待癌症、积极主动地与癌症作斗争，这才是人类最终战胜癌症的前提。

九、好心情　癌症与你隔堵墙

国内外很多资料表明,良好的心理状态,可以提高机体的免疫力,对癌症的治疗和康复都有好处。美国癌症协会的一项研究表明，大约有10%的癌症患者在不接受任何治疗或接受少量治疗的情况下出现自愈,癌症一经自然消退很少复发。现在医学专家和其他从事生命科学研究的专家们越来越重视人机体本身功能在癌症发生发展过程中的作用，高度评价机体免疫机能对抗癌症的能力,并且进行了保护和调动机体免疫功能的研究。事实上，许多临床例证都雄辩地证明人体本身在癌症面前并非完全处于被动挨打的地位，一些患者表现为与癌症呈“相峙”态势——带瘤生存;一些患者治疗效果出乎意料地满意;个别甚至虽未给予重要治疗,却病情稳定或癌瘤自行缩小,消退。美国科学家曾预言，人类最终消灭恶性肿瘤不是依赖化学药物和放射线,而是要依靠解决机体的免疫和谐。美国3个权威机构已经提出到2015年使癌症发病率下降25%，死亡率下降40%的豪迈口号。通过努力,我们有理由相信人类终将战胜癌症,这个日子会为期不远。

十、患者怎样调适心理

一个人患上癌症后,会有许多心理问题,诸如害怕癌症的痛苦折磨、害怕手术、害怕化疗与放疗的不良反应、害怕与亲人分离、害怕孤立无援,同时由于癌症造成的功能障碍、对生命的威胁以及手术后引起的体象破坏等，均会使患者引起消极悲观的

心理。据研究报告，癌症患者有心情抑郁者达42%~47%，约有25%的患者抑郁严重。他们整日生活在各种负面情绪中，生活质量受损，同时这些负性情绪会极大地削弱其免疫功能，促进癌症的发生、发展。因此，癌症患者应学会调适心理。

1 面对现实 接受挑战

面对癌症这个恶魔，只是恐惧、悲观是毫无用处的，只有乐观豁达、勇于挑战才能调动机体潜能、增强免疫功能，发挥抗癌作用。在临床工作中，我们常发现一些癌症患者受消极悲观情绪影响，癌症发展迅速，很快死亡，而另一些患者乐观积极，不向病魔低头，则生存时间延长，生活质量提高，无数抗癌明星的经历就是最好的写照。

2 珍惜生命 施爱于人

由于癌症患者多具有C型人格特征，很易产生失望和悲观消极，缺乏体验爱和表达爱的能力。患者学会珍惜生命、关心和理解别人、热爱生活，有助于他们超越痛苦，超越对死亡的恐惧。

3 积极沟通 表达情感

有研究显示，C型人格（即易患癌症的行为模式，也称为"C型行为模式"）有两个特征，一是过分克制、忍让、屈服，压抑内心的愤怒、怨恨，称为"情感难言症"或情感表达不良；二是倾向于悲观消极，易产生失望、抑郁、无助感。癌症患者如果把内心的痛苦等负性情绪向别人表达出来，不但会减轻负性情绪，还能获得别人的支持、关心和帮助，共同筑起防癌抗癌的长堤。

十一、患者的行为调节

在进行心理调适的同时，还要进行行为调节，患者可以参加运动锻炼，培养各种生活情趣，养成良好的卫生习惯等。在这些行为调节中，患者的心理会向积极的良性情绪转变，学会精神放松的正确方法。通过心理调节和行为操作的协同作用，可提高患者的生活质量和延长生存期。生病是人生中难以预料的事情，当面对癌症这样的疾病时，我们还能做什么？面对疾病带来的一些痛苦的体验，我们该怎么办？在此给你提供一些简单的原则性指导，帮助你尽可能降低痛苦的程度。

① 不要相信"癌症等于死亡"这种古老的说法，世界卫生组织对癌症有3个1/3的论断：即1/3的癌症可以预防，1/3的癌症可以治愈，还有1/3的癌症可通过医疗手段改善患者的生活质量并延长生存期。

② 尽可能将你的不良情绪合理的宣泄出来，可以向你的家人、朋友、医护人员诉说，不要将不良情绪长时间的放在自己心里；尽可能的回归社会，而不是整天将自己关在家里在沉默中挣扎，要主动获得社会支持，从你身边最好资源中获取支持，如家庭、朋友、医生等等，参加各种支持小组，无论是病友间或同事间的支持和理解都可能改善你不良的心理状态，并认识一些真正理解你感受的人，也会起到相互支持的作用。

③ 多接触大自然，人类本来就是自然的产物，在身体条件允许的情况下尽可能多去大自然中活动，如去公园、海边、丛林、草原等等。

④ 自己要有意识多进行心理的自我调节，如通过深呼吸放松、太极、瑜伽、冥想、养生气功，进行体育锻炼也是调节心理的良好方式，可有效控制你的恐惧和不安。

⑤ 许多心理痛苦不是自己想摆脱就能很好摆脱的，我们需要心理医生的帮助，要想到去看心理医生，许多心理治疗方法和技术以及一些药物对改善你的各种情绪症状是非常有效的。

⑥ 不要低估你内心的痛苦，尤其像睡眠问题，睡眠对健康的影响非常大，睡眠障碍的出现也往往不仅仅是吃一粒安定就能很好解决的，要让心理医生帮你找出引起失眠的真正原因，进行有针对性的治疗。

⑦ 不要以为是你自己造成了癌症而责怪自己，就算你因为抽烟或其他行为增加了患癌症的风险，责备或是痛打自己一顿也无济于事。

⑧ 用“过好每一天”的态度来应对癌症。努力让自己的内心永远活在当下，不要总去后悔昨天，或总去预期明天，只有将今天活好才是最真实最重要的，这样做避免你产生过多不必要的焦虑，这种态度也会让你更好地专注于眼前，且更好的利用每一天。

⑨ 寻找一个和你相互尊重、信任，并能接受你问任何问题的医生。坚持在治疗过程中与他合作，问清楚治疗的副作用并为之做好准备。事先想一想可能遇到的问题，这样能让你在真正遇到这些问题时更加从容。

⑩ 不要对你最亲的人隐瞒你对自己身体或心理症状的担忧。让你最亲近的人陪伴你去看医生，共同谈论治疗方法。能帮助你阐释和记录医生所说的话。

十二、病急不要乱投医

许多患者一旦确诊为肺癌，往往不是到正规医院去就诊，而都是先四处托人去寻找“祖传秘方”或是迷信使用亲友或熟人介绍的“民间中草药”治疗，“坚信”“祖传秘方”能够肯定能够治愈肺癌，其结果既耽误了治疗时机，使病变进一步进展，失去了最佳治疗的机会；而且锁定“祖传秘方”的肺癌患者绝大多数是白白花费了许多钱财。等到发现“祖传秘方”或“民间中草药”治疗无效时，往往已经是“人财两空”。

临床上经常遇到这样的肺癌患者，确诊肺癌半年了，到我们肺癌中心门诊就诊时已经全身多发转移，可是看到患者刚刚确诊时的临床分期资料，完全可以通过外科手术和辅助化疗达到临床治愈的早期肺癌病例。一些患者的亲友一直是东托人、西托人，找到了某某神医，一直服用他“治愈了许多晚期肺癌患者”的“中草药”，花费了几万块钱治了半年。症状一直没有缓解，近期到正规医院一复查，病变进展并且出现全身多处转移。

这些“祖传秘方”或“民间中草药”的拥有者多是欺骗肺癌患者，宣称他们的“祖传秘方”或“民间中草药”可以治愈任何疾病，避免患者遭受“手术的痛苦”和“化放疗带来的副作用”。编造一些“治愈肺癌患者”的“真实”故事，使许多肺癌患者和家属上当受骗。

建议患者一经确诊后，要到各地的肺癌诊疗中心、肿瘤医院、三甲医院的胸外科、呼吸科、肿瘤科就诊，或到正规的中医医院肿瘤科就诊。可以先到主流网站浏览获取一些有关肺癌诊疗

的相关信息，了解掌握一些有关肺癌诊疗的科普常识，就不会只去寻找“祖传秘方”或只是使用“民间中草药”治疗了。

其实，我国中西医结合治疗肺癌是我们中国肿瘤防治领域的特色，取得了许多科研成果。

十三、患者的心理护理

对癌症患者的护理，要根据患者的性格特点和不同时期的心理特点，有针对性地开展护理。除创造安静、舒适、良好的修养治疗环境和提高患者同病魔作斗争的积极性外，还应做到以下两点。

1 及时了解病人心理变化

随时掌握患者的心理变化情况，要了解患者真实的心理状态，就必须要把关心患者，对患者的职业、文化、家庭、配偶以及个人生活境遇等都要有所了解，同时还应熟悉患者的治疗方案和具体治疗方法，在掌握全面情况的基础上进行综合分析，根据他们各自不同的职业、心理反应、社会文化背景，同进或超前的预测他们将要或者可能出现的心理变化和心理规律，从而制定出切实有效的预防措施和心理护理方案，如因病施护、因人施护等，以达到变“事后护理”为“事先控制”的目的。

2 增强病人战胜疾病的信念

癌症患者一旦获悉自己患了不治之症以后，生的欲望会降低，而死的欲望会增强。这时，护理的主要目的就在于唤起患者



的希望和求生的信念。护理过程中要用坚定的表情、不容置疑的语言取得患者的信赖。再以患者微小的病情改善事实，来帮助患者排除不良的心理状态。当患者萌发希望之后，要进一步鼓励患者承担力所能及的生活事项，鼓励他们敢于驾驭生活。适当的活动不仅使身体受到直接锻炼，并能从压抑、焦虑、烦恼、苦闷中解脱出来，达到移情益志，对心理起到积极的调控作用。

◎ 病情变化时的心理护理

当患者出现全身衰竭、失眠、疼痛、不能进食等多种症状时，护士应密切观察病情变化，给予必要的支持疗法，除力求改善全身状况外，更应注意对患者良好的心理支持，用历尽磨难终于占用病魔的实例，鼓励激发患者的求生欲望。

◎ 治疗过程中的心理护理

在患者进行手术时、放疗或化疗前，不仅要向患者宣传进行这种治疗的必要性，也向患者讲清治疗期间可能出现的不良反应，使患者有足够的心理准备，主动克服困难，积极配合治疗。

◎ 心理护理中语言的作用

正如巴甫洛夫把语言所引起的有机体的反应称之为“万能的条件反射”一样，语言是促进护士与患者相互交流信息与认识

的工具，也是护理成功的前提。患者往往根据护士的言行来猜测自己的病情，因此，护士的言行，不仅代表个人的素质水平，还直接影响到患者的情绪和信心。患者在愤怒、悲伤等心理阶段，对语言刺激异常敏感，对个人行为控制异常低下，为此，心理护理首先要用语言去温暖他们的心，抚慰他们的心理创伤，调理他们的心态平衡。

十四、照顾患者须适度

癌症是难治之症，一旦患了癌症，不但会给自己，还会给家人、朋友带来巨大的精神压力。这种压力往往伴随治疗全过程。大家的关怀、照顾和鼓励是癌症患者与病魔进行斗争的勇气的源泉，但我们需要注意的是这种关怀与照顾必须适度，必须以患者能够接受的方式进行，必须以有利于帮助患者康复为目标。有时候关怀照顾过度或者关怀方式欠妥，往往会带来相反的结果，对患者有害无益。

那么，关怀过度或关怀方式不当表现在哪些方面呢？

首先，过于无微不至，甚至连挤牙膏、拧毛巾这些小事都包办，生怕累着患者。这样极易使患者认为自己是一个废人，自己的存在只能给社会和家庭带来负担和麻烦，从而丧失生活的信心。另一方面，有些患者经过放化疗等治疗后体力较差，往往会对别人的帮助产生依赖心理，放弃活动和锻炼的机会。

第二，在探视患者时在其面前表现出明显的怜悯与同情，甚至和患者一起掉眼泪，与其交谈时则小心翼翼，目光不敢对视，顾左右而言他。这些都会使患者感到悲伤、孤独和压抑，由此而

产生悲观失望的情绪。

第三，过于频繁的探视。有时可以看到一位癌症患者住院后，家人、亲戚、朋友、同事、老同学纷纷前来探视。这会影响患者休息，同时也会给患者心理造成很大压力，认为自己剩下的时间不多了。

第四，隔断患者与社会的联系，如过于严格地限制别人探视，限制患者看书学习，甚至禁止读报纸、看电视，缩小其活动范围等等。这样做的后果是使患者的孤独感更加强烈，甚至会产生被社会遗弃的感觉，也不利于患者转移注意力，缓解精神上的压力。

第五，生活上过度放纵或限制，有的家属不管有无科学依据，限制患者这也不能吃，那也不能碰，甚至连正常夫妻生活的权利也被剥夺。有的家属认为反正患者活不久了，尽量满足他们的要求，让他们想抽烟就抽，想喝酒就喝，想吃什么尽量满足等等。殊不知他们的病大多是长期不良的生活方式造成的，这样不利于疾病的治疗、身体的康复，也容易导致营养不均衡和精神心理上的障碍。实际上，如果患者病情不是特别严重，如果不是处于手术、放化疗等特殊治疗时间段，需要适当隔离防止交叉感染等情况，完全没有必要过度限制他们的正常活动。应鼓励、监督患者改变不良的生活方式和饮食习惯，让癌症患者及时进行适当的运动和锻炼，循序进增强体质、对抗疾病。鼓励他们适当参加社会活动，有益于他们的康复。

当前，有效的综合治疗完全能够大大延长中晚期癌症患者的生存时间，提高其生活质量，并能使其恢复一定的工作能力。在各地，众多的“抗癌明星”和“抗癌俱乐部”成员幸福愉快地生活，

有的人甚至比患病前取得了更大的成绩,这就是最有力的证明。

十五、如何让患者了解自己的病情

世界卫生组织国际癌症研究中心日前公布的一份研究报告说,根据目前癌症的发病趋势,2020年全世界癌症发病率将比现在增加50%,全球每年新增癌症患者人数将达到1500万人。据统计,我国每年有近152万例新发癌症病例。也就是说,每年有152万个家庭将要承受"癌"这个坏消息带来的沉重打击。事实上,几乎所有癌症患者家庭都面临这样的问题。看来,到底要不要告诉患者这个坏消息、究竟怎样去传递这个坏消息是家属、医师、护士都要面临的一个非技术性的难题。心理学家指出,癌症患者必定会经过无法接受患病事实、心情沮丧的阶段,不过在得到家人亲友的支持下,并且经过适当的辅导后,超过八成最终都能克服这种心理。

作为肿瘤科医生每天接触很多肿瘤患者,我们常常觉得最棘手的首先还不是对这种病如何治疗,而是要不要告诉患者他得的是什么病,这个环节对以后的治疗很重要,有时直接关系着患者病情的变化。很多专家认为癌症是一种身心疾病,心理治疗显得格外重要。作为专科医生处理好这个问题其实并不容易,需要了解患者的心理性格等,更要具有心理方面的一些知识。尽管人们对各种癌症的治疗和认识已普遍提高,但对很多患者来说,被医生诊断患上了癌症,仍旧是等于被判死刑。这使得许多患者无法积极地面对病情。

心理学家认为,这是癌症患者必须跨越的最大障碍,一旦可

以调适心情与期望，正视病情，病情会受到很好的控制，甚至痊愈的机会是很高的。传统上多数人认为不应把患者的病情告诉本人，患者住院时，先由家属“打先锋”，反复叮嘱医护人员，千万不能让患者知道病情，怕万一患者听到坏消息会承受不住打击，丧失治疗的信心。也有人认为应该及早告诉患者，并帮助他正视疾病，树立抗病信心，积极配合治疗等等，众说纷纭，到底该不该告诉患者病情呢。要因人而异，讲究策略，区别对待。事实也证明，很多肿瘤患者由于心理调节得好，积极乐观，心态健康，最终战胜癌症，创造生命奇迹。相反心理素质差，悲观患者无论用多好的药其作用也是微乎其微，可见心理因素在肿瘤患者治疗中的重要性，而要不要告诉本人真实病情直接影响肿瘤患者的心理活动和治疗效果。根据患者的文化层次、心理素质等不同，采取不同的方式。对农村来的文化层次较低的患者一般可采取“隐瞒病情”“避重就轻”的方法。比如：肺癌告诉他是“肺炎”“肺结核”，肝癌告诉他是“肝硬化”等。尽量减少患者的“知情”机会，避免患者情绪低落，丧失治疗信心。让患者看到有治好的希望，树立起信心，积极配合治疗。

多年的临床实践证明，只要患者心情轻松舒展，肯定有助于治疗。但是有些患者病情较重，就诊时已经没有治愈的机会了，只能是姑息治疗，他们的病情会逐渐加重走向死亡的。对于这些人，特别是一些离退休的老同志、知识分子，他们认真了一辈子，容易较真，如果开始时就隐瞒病情，随着病情进展，他们往往会认为那么轻的病怎么会越治越重呢，是不是给耽误了，对医院的医疗产生怀疑，甚至拒绝配合治疗，最后往往有些患者是带着对家人、医护人员的不满甚至怨恨走的。这种不良的情绪降低了他

们后期的生存质量。对这些患者如果开始时就如实告诉他们病情，可能他们会慢慢消除恐惧，面对现实，客观地对待，最终也会走得很安详。

到底为何人们难以承受癌这个坏消息呢？首先是观念上的误区，肿瘤知识的普及不够。1999年WHO提出了肿瘤的3个1/3，即1/3肿瘤是可以治疗的，1/3的肿瘤是可以早期发现的，1/3的肿瘤是可以预防的，谈“癌”色变没有科学依据。从心理学角度看，短暂多次的弱信号刺激较快速强刺激更易被接受。这就要求医生、家属和护士们将坏消息以不同的方式逐渐传给患者，相当一部分患者一旦恐惧消除便可以从容面对疾病，精神上的解脱将使机体的免疫系统更好地发挥抗肿瘤作用。

对医生而言，过于直接地告诉患者坏消息无疑是对患者心灵的严重创伤，是不可取的。对一些知识修养高、性格乐观的患者进行试探性的交谈。知道其已经对自己的病情略知一二时，我们以必要的医学知识、心理知识与之沟通。有的人提起“化疗”二字，就会条件反射地产生一种惧怕心理，怕出现恶心、呕吐、脱发等副作用，遇到这种情况我们告诉患者随着医学科学的发展，化疗药正在向“高效低毒”的方向发展，使得化疗副作用减少到最低而化疗效果最好，而且这些副作用是可以用药物来预防的，即便有些轻微的反应，在停止化疗后也会很快恢复。通过一系列的心理护理，大部分肿瘤患者在化疗过程中，能够以正确的态度面对“现实”，并愉快积极地配合治疗，最终取得比较满意的疗效。

我们主张对大部分患者应该告诉真相，但要避免直截了当地说，要根据患者的心理素质、情感类型和文化程度的不同，掌握好时机、方式与方法。在临床工作中体会到，许多心理健康的

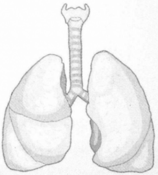
肿瘤患者对坏消息的承受能力远比人们预料的强。事实上，要完全向患者隐瞒真实病情在当今信息化社会几乎是不可能的。在告诉患者病情的同时，一定要让患者知道，他(她)的病不是最糟的，是有治疗希望的。患者一旦消除了恐惧便可以从容面对，精神上的解脱将使机体的免疫系统更好地发挥抗肿瘤作用。看来，对绝大部分患者来说，告之实情利大于弊。在适当的时间，以适当的方式告诉患者实情，有利于癌症患者的治疗和康复。这是大多数医生的共识。

专家提示

普及肿瘤学的知识，提高国民素质，使人们能够比较理性地认识和了解肿瘤的真正含义，是迫在眉睫的问题。冷静地面对各种坏消息，不仅对患者，而且对他们的家庭都是十分重要的。相信在不远的将来，随着国民素质的提高，人们对肿瘤的认识将更加趋于理性化，谈“癌”色变将成为历史，更多的患者会临“癌”不惧。

第8章 家庭护理为康复打基础

Jiating Huli
Wei Kangfu Dajichu



一、肺癌手术前的准备工作

充分做好手术前准备是保证手术顺利进行、预防术中、术后并发症的发生，缩短住院时间的重要前提。

肺部感染，呼吸道是一个开放器官，肺癌患者中吸烟的多，老年人亦多，这均会加重呼吸功能的减退，肿瘤本身又可能导致阻塞性肺炎，患者于麻醉、手术状态下呼吸道的正常防御功能减退，加上手术创伤、气管插管损伤及气道黏膜，术后分泌物的聚积，手术操作时可导致肺表面活性物质降低，引起肺斑片状不张，进一步加重支气管肺部感染。所以吸烟者要求住院之日起完全戒烟。有慢性呼吸道炎症的患者术前要送痰细菌培养和药物敏感试验，术前7天开始行呼吸道湿化治疗，抗炎治疗，减少术后感染机会。注意口腔、鼻腔及牙齿的清洁护理。鼓励患者练习用腹式呼吸和有效咳嗽，以改善通气功能，有利于术后咳痰及肺的扩张。必要时可加用不影响心脏的β受体兴奋剂，以达到扩张支气管，使抗生素、黏液稀释剂等药物易于进入较小气道的目的。

1 雾化吸入治疗

手术前医生会根据痰培养结果选择合理的抗生素进行雾化吸入治疗。通过雾化器可以把药液变成温度接近体温的均匀而细微的气雾，随着吸气而进入呼吸道，达到湿润气道、局部消炎、稀化痰液，以利于排痰，预防及治疗呼吸道感染的目的。在进行雾化吸入治疗时，应用鼻吸气，用口呼气。吸入时做深吸气，屏气5~10秒后做深呼气动作，直至雾化液吸完。这样，药液可随深而慢的吸气沉降于终未支气管及肺泡，起到局部治疗的作用。

2 心血管疾病需控制血压

老年患者中伴有心脏疾病或心功能减退者不在少数，有时这种病变是潜在性的，在日常生活中不会产生症状，甚至心电图检查也不能发现异常。但是麻醉、手术创伤及术后并发症均使心脏负荷明显增加，患者可出现心律不齐、心绞痛，甚至心衰，严重时可危及生命。所以高血压患者必须控制好血压方可手术。有心功能减退的患者，术前可用葡萄糖、胰岛素、氯化钾、辅酶Q_{10}等药物保护心肌。如有心电图异常或超声心动图发现异常者，应请心脏科医师会诊，予以妥善处理，术中行心电监护。

3 全身支持疗法

全身情况差，消瘦、食欲不振、乏力、贫血等症状的患者，应在术前予以纠正，可给予葡萄糖、氨基酸、白蛋白、输血等药物静脉滴注，以改善患者全身情况，要求健康状态评分在80分以上。如有电解质失衡，尤其是低钾必须纠正和追查原因，排除与肺癌转移相关的病变。

4 准备术前1周胸部正位片

必须有术前1周胸部正位片，了解病变的变化，术前应作胸部透视，以作最后的核实病变和再次估价切除的可能性。

5 抗生素治疗

并发肺部感染者，术前1周，应根据痰菌药敏试验选用适当的抗生素治疗。未排除肺结核者尚需给予抗结核药物。

6 术前禁烟

手术前至少完全禁烟两周。吸烟可以刺激呼吸道，减弱气管内纤毛对黏液的清除能力，导致痰液淤积，影响排痰，术后出现肺不张、感染的概率增加。吸烟对伤口感染存在着间接或直接的作用。吸烟可能是伴随肺癌多年的习惯，长期吸烟能明显减低肺功能，而早期戒烟可以使受损的肺功能得以改善和恢复。彻底戒烟需要很大的毅力，在此我们推荐以下方法：多饮水或果汁、含无糖的润喉糖、多吃蔬菜、水果、多做运动。

7 口腔卫生

注意口腔卫生，训练主动咳嗽排痰、锻炼呼吸、床上排便及术后早期活动等。

8 停用降压药

因高血压而服用利血平类降压药者，术前3~5日应停服。心脏功能有损害、慢性肺疾病、冠心病、陈旧性心肌梗死或高龄者，更应认真进行术前准备。

9 纠正各项指标

低血红蛋白、低血浆蛋白、脱水、低血钾、高血钙等，术前均应给予纠正。

10 呼吸功能锻炼

术前的呼吸功能锻炼可以改善肺功能，提高对手术的耐受性，从而降低术后并发症的发生率。呼吸功能锻炼方法都很简

单，也许这些方法已贯穿在日常生活之中，关键在于坚持。

① 上下楼锻炼，每日两次，时间以能耐受为准。

② 每日早晚到室外活动或慢跑，可以散步50米，慢跑50米，不要求速度和时间。

③ 原地做蹲起运动，从每次5个开始，逐渐增加，每天3次。

④ 做深呼吸运动，每次10~20分钟，每日两次。

⑤ 使用呼吸功能锻炼器，每日6次，每次5~10分钟。

⑥ 练习腹式呼吸和缩唇呼吸，能有效加强膈肌运动，提高通气量，减少氧耗量，改善呼吸功能，增加活动耐力。

◎ 腹式呼吸锻炼方法

身体放松，取立位（体弱者可取半卧位或座位），左右手分别放在腹部和胸前。全身肌肉放松，静息呼吸。吸气时用鼻吸入，尽力挺腹，胸部不动；呼气时用口呼出，同时收缩腹部，胸廓保持最少活动幅度，缓呼深吸，增进肺泡通气量。每分钟呼吸7~8次，如此反复训练，每次10~20分钟，每日两次。熟练后逐步增加次数和时间，务求成为不自觉的呼吸习惯形式。



◎ 缩唇呼吸方法

呼吸时用鼻吸气用口呼气，呼气时口唇缩拢似吹口哨状，持续慢慢呼气，同时收缩腹部。吸与呼时间之比为1:2或1:3。缩唇大小程度与呼气流量自行选择调整，以能使距离口唇15~20厘米处蜡烛火焰随气流倾斜不熄灭为度。

◎ 有效咳嗽锻炼

有效咳嗽有利于痰液排出，保持呼吸道通畅。坐位或卧位等舒适体位，先行5~6次深呼吸，于深吸气末屏气，继而咳嗽，连续咳嗽数次使痰到咽部附近，再用力咳嗽将痰排出。

坐位，两腿上置一枕头，顶住腹部（促进膈肌上升），咳嗽时身体前倾，头颈屈曲，张口咳嗽将痰液排出。

俯卧屈膝位，有利于膈肌、腹肌收缩和增加腹压，并经常变化体位有利于痰液咳出（不作为常规方法使用）。

专家提示

做好患者及其家属的思想工作，取得他们的配合与支持，对治疗有非常积极的作用。

二、手术后如何与医护人员配合

麻醉清醒后就可以由平卧位改为半卧位。因为半卧位时膈肌下降，胸腔容积扩大，减轻腹内脏器对心脏和肺的压力，利于呼吸，增加肺通气量；使胸腔内的渗夜流向胸腔底部，有利于引流排出体外。

1 雾化吸氧

胸部手术后均会有不同程度的缺氧，拔除气管插管后一般首先应用面罩加压雾化吸氧。雾化罐内加入生理盐水或蒸馏水及抗生素，这样，通过高压氧气喷出的雾滴既能缓解术后暂时缺氧，又能湿化气道，利于排痰，还能起到局部消炎的作用。之后医生会根据情况改为鼻导管吸氧。随着身体的恢复，空气中的氧气即能满足需要，不再需要额外的氧气吸入了。术后依然需要雾化吸入治疗。术后呼吸道分泌物会增多，而伤口疼痛可能会排痰较为困难，所以更应加强雾化吸入。

2 咳嗽排痰

肺癌手术后咳嗽排痰非常重要，积极有效的咳嗽能促进余肺膨胀，预防肺不张、肺部感染及术后呼吸功能不全。如果术后不能很好地排痰会增加并发症的术后咳嗽咳痰时，会造成伤口局部的牵拉，引起疼痛，在咳嗽、咳痰时护士会用双手放在伤口两侧，向切口方向加压，以减轻切口张力和振动，使疼痛减轻；拍背可以使支气管壁上的分泌物松懈，以利于痰液排出；雾化吸入

可稀释痰液，利于痰液咳出；刺激气管，诱导咳嗽；支气管镜吸痰，当痰液黏稠，不易咳出时需行纤维支气管镜吸痰。

3 胸腔闭式引流瓶的护理

正常情况下胸腔内为负压，手术时胸膜腔与外界相通，胸腔内压力等于大气压，肺组织萎缩，手术完毕后为排出由于手术创面漏气所产生的积气和胸膜胸壁及肺组织的渗液渗血，重建胸膜腔负压，使肺复张，恢复肺功能，在关胸前需要在胸膜腔安放引流管。

手术后患者应该注意，保持胸腔闭式引流瓶始终低于胸腔，避免瓶中的引流液倒流回胸腔，引起胸腔感染。翻身时注意保护引流管，避免牵拉导致引流管脱出，避免引流管导致引流不畅。活动时不要使引流瓶倾斜或打翻引流瓶。

三、肺癌手术后会痛吗

很多患者对肺癌手术后的疼痛非常顾虑。其实，随着手术技术的改进和治疗措施的增加，医护人员可以将手术后疼痛程度降到最低。在手术当中注意保护患者胸壁神经，手术结束时冷冻切口附近的肋间神经使其暂时性麻痹，手术后应用患者自己控制的止痛泵来控制疼痛。一般均可以达到使患者在静息状态时不会感觉到疼痛。

四、肺癌手术后的随访和康复

1 术后随访

肺癌手术后有相当一部分患者会出现局部复发和(或)远处转移,有少部分患者会发生第二个原发性肺癌。因此肺癌在手术和辅助治疗完成后,一定要密切随访,及时发现新情况,及时进行正确处理。

肺癌手术后随访的周期较短,开始两年内每3个月左右就应进行一次全面检查,内容包括如下。

① 询问有何临床症状,特别是呼吸、咳嗽、咳血、胸痛、发音、骨痛、头痛、肢体活动方面的情况。

② 仔细地体格检查,特别是颈部、锁骨上和腋下淋巴结的触摸,胸部的望触叩听,四肢肌力检查等。

③ 肿瘤指标测定:CEA(癌胚抗原)、NSE(神经性烯醇化酶,限于小细胞肺癌),SCC(鳞癌相关抗原,限于鳞癌)。

④ 胸片。若有异常,作增强胸部CT或增强胸部MR,为的是及时发现可能出现的肺内转移,纵隔淋巴结转移或者胸膜、肋骨的侵犯。

⑤ 上腹部B 超。重点检查肝、脾、肾、肾上腺和腹腔淋巴结,若有转移可疑,再作上腹部增强CT。

⑥ 若有局限性骨痛, 特别是呈进行加剧或伴有压痛的,则有可能为骨转移,可先作ECT骨扫描,以了解全身骨髓情况,并选择重要部位(如脊柱)或需要放疗的部位行磁共振或CT检查,以求进一步证实。

⑦ 若有持续性头痛、呕吐，或双侧肢体肌力不等、行走不稳等情况，应考虑颅内转移之可能，需行头颅增强磁共振或头颅增强CT检查。

以上前5 项是每次随访必做的常规项目，后两项检查由医生根据情况决定。两年之后可改为每半年随访复查一次，5 年后改为每一年随访复查一次。

2 肺癌康复

肺癌康复是指患者在身体功能上、精神上以及职业上恢复到原来正常状态或最大限度地恢复生活和劳动能力。康复的目的是最大限度地提高患者的生活质量。

康复的首要标志是心理上的康复，肺癌作为一种癌症，往往首先在心理和精神上对患者造成很大的打击，大多数患者出现极度焦虑、悲观和失望，整日闷闷不乐、忧心忡忡，对治疗毫无信心，这种忧虑、恐惧的精神因素会极大地削弱机体的免疫功能，致使激素分泌失调，影响疾病的治疗和机体的康复。所以患者首先要在精神上战胜疾病，相信现代科学，树立信心，积极配合治疗是康复的第一标志。

身体的康复是患者战胜疾病并恢复功能的过程，需要比较长的时间，一般患者在综合治疗后，病灶清除或稳定，其标志为生活能够自理，且能参加一定量的体育活动。

五、如何缓解放疗过程中出现的症状

肺癌患者比较常见的会出现皮肤变化、疲劳和食欲不振等症状。临床研究证实，放疗时产生的这些副作用如果及时进行干预，通常情况下都会得到非常好的缓解。因此，患者在放疗过程中应注意好以下的这些方面。

1 如何缓解疲劳

放疗期间，人体耗费大量能量来进行自我康复。疾病带来的压力，每天往返治疗以及放射对正常细胞的影响都会导致疲劳。大多数人在放疗进行几个星期后都会感到疲倦，而且随着放疗的持续进行会更感疲劳。放疗结束后，虚弱和疲劳也会随之逐渐消失。放疗期间，患者应少做一些事。如果感到疲劳，那么在空闲时就要少活动、多休息。晚上早睡觉，白天尽可能也要休息。可请求家人、朋友帮做家务事、购物、照顾小孩等。

2 改善皮肤状况

治疗部位的皮肤敏感，看上去发红、起皱。几周后，患者的皮肤由于放疗变得干燥。患者应把这些症状告诉医生，医生会提出建议来消除不适。放疗结束几周后，多数皮肤反应会消除。在某些情况下，接受放疗的皮肤会比以前稍黑。患者应小心对待自己的皮肤，以下是一些建议。

① 使用温水和温和的肥皂；让水流过接受放疗的皮肤，不要摩擦。

② 穿柔软的衣服，如纯棉质地或丝质衣物。衣服在接受治疗的部位不要穿得太紧。

③ 不要摩擦、抓搔敏感部位。

④ 不要把烫的或冷的东西，如热毛巾或冰袋放在接受放疗的皮肤上，除非是医生建议这样做的。

⑤ 在正接受治疗和治疗结束几周内，不要在接受放疗的部位上擦药粉、护肤霜、香水、除臭剂、药膏、洗液和家用药物，除非经过医生许可。许多皮肤产品会在皮肤上留下一层，这样可能妨碍放疗或康复。

⑥ 放疗时和放疗结束后一年之内，不要让接受放疗的部位暴露在阳光下。如果你想在太阳下多待一会儿，就要穿上有保护作用的衣服（如宽边的帽子和长袖衬衣）以及使用防晒霜。

3 提升白细胞或血小板数量

放疗几乎没有或者很少见白细胞数或血小板数降得很低的情况。这些血细胞帮助人体抵抗感染和预防出血。如果患者的血液检查显示放疗后白细胞数或血小板数较低，可经对症治疗缓解，严重时可暂缓治疗，以便增加患者的血细胞数量。

4 饮食安排

副作用还包括饮食和消化问题。治疗两周左右会因食管黏膜水肿而引起吞咽不顺甚至疼痛等症状，此为正常的放疗反应，一般不需特殊处理。此期间应注意进软食，避免粗、硬食物及刺激性食物；在治疗过程中，可能完全没有食欲。即使感到不饿，多摄入蛋白质和热量也很重要。医生发现，胃口很好的患者可以更

好地对付癌症及其副作用。解决短期饮食问题也许比你想象的要容易。以下是帮助患者解决饮食问题的指南和方法。

如果患者咀嚼和吞咽食物时感到痛，医生就会建议进食粉状或液体食物。这些食物都可以在商店买到,而且口味也很多。它们可以与其他食物搭配使用。

以下的建议有助于提高患者食欲不振时的食欲，并尽可能地多吃。

① 饿了就吃,即使没到吃饭时间。

② 少食多餐。

③ 如果喜欢与人一起吃饭，那么就与家人或朋友一起吃饭,也可以打开收音机或电视机。

④ 在某些情况下,患者不允许喝酒,这是因为酒精会加重治疗的副作用。

⑤ 如果感到做饭很麻烦,可多做几份放在冰箱里。

⑥ 放一些健康的小吃在身旁,以便想吃就吃。

⑦ 如果有人帮你做饭,你就直接告诉他你想吃什么。

⑧ 如果是一个人住,可以叫外卖。关于食物的选择,可以询问医院、医生或护士。

如果只能吃很少量的食物，可通过以下方法来提高摄入的能量。

① 食物中加入黄油或人造黄油。

② 喝牛奶代替喝水。

③ 饭间喝一些牛奶等东西。

④ 蔬菜上加一些调料或奶油。

一些人发现，当他们不想进食固体食物时，他们还可以进食大量的液体食物。如果你也是这样，就在饮料中加入奶粉、酸奶、蜂蜜或液状补品。

5 调节情绪

治疗中要应该树立治病信心，保持心情舒畅，配合医护治疗。许多患者会感到沮丧、害怕、生气、失败、孤独或无助。你也可能由于放疗感到很累，从而破坏你的情绪。可以就这些问题向医生或本地的癌症协会咨询，并找机会与关心你的人一起来解决这些问题。

6 预防感冒

放疗中及放疗后半年内应预防感冒，避免到人群聚集区逗留，减少发生呼吸到感染的机会。一旦出现上呼吸道感染症状，应尽早治疗，以免诱发放射性肺炎。

如果放疗中出现以上副作用，不要轻易中断治疗。大多数副作用都会自己消失。如果患者的反应特别严重，应该及时和医生沟通，医生会在设计治疗计划时，通过改变放射线的照射角度和剂量等，在尽量不引起放射性肺炎和肺部纤维化的基础上，根据患者的具体情况改变治疗方案。即使放疗出现副作用，通常来讲也不要轻易中断放疗疗程，因为这样会降低治疗的效果。此时，患者应寻求医生的帮助，对症处理，使副作用尽量减小，控制在患者能够耐受的范围内。

六、为何放疗结束后要定期到医院复查

1 防止复发和转移

所有的恶性肿瘤都有复发和转移的可能，而目前任何一种治疗都不能从根本上消除这种可能，只是减少复发和转移的概率。放射治疗也同样如此。因此患者在放疗结束后必须定期到医院复查,以便及早发现及时治疗复发肿瘤。

2 防止残留肿瘤

有些病理类型的肿瘤对放射线不太敏感，放射治疗期间消退不明显,而当达到足量照射放射治疗结束后肿瘤会渐渐消退。这种情况下患者应严格遵照医生的嘱咐定期到医院复查，以便根据情况作进一步治疗和处理。

3 防止对正常细胞的杀伤

放射线不但能杀伤肿瘤对正常组织同样也有杀伤作用,而射线对一部分正常组织的损伤是迟发性慢性反应，在放射治疗结束后才逐渐表现出来。有些反应如果能及时发现及时治疗完全可以恢复,否则造成严重的后果将会影响患者的生存品质。以上所述患者务必对复查给以足够的重视，切不要以为放射治疗结束了就万事大吉了。

4 复查时间和项目

时间一般可以在治疗后的3~6个月,有些情况可以按医生的

要求在治疗后1个月复查,以后每半年复查一次。复查项目:血液生化指标和肿瘤标志物、胸片、胸部CT、MRI、骨扫描、颈部、腹部B超,肺功能,怀疑气管支气管内复发者还应考虑纤支镜检查。

① 患者应定时到医院检查,以利于医生对治疗进行指导。

② 根据病情需要,定期拍胸片检查。接受放疗、化疗者应每周做白细胞计数检查。

③ 肺癌患者往往体质较弱,应注意天气变化,预防感冒;多多呼吸新鲜空气;适当进行体育锻炼,但要注意量力而行。

④ 坚决戒烟,少饮酒,宜多食用新鲜蔬菜、水果及高蛋白食物,一般不必忌口。

七、术前准备

① 完善术前全面检查　如手术前需做血、尿、便常规、出凝血时间、血型及心、肝、肾、肺功能、CT、核素扫描及气管镜等检查。

② 增加营养的摄入　对营养不良的患者应注意补充高蛋白、高热量、高维生素的低脂饮食,改善其营养状况。有糖尿病的患者应注意给予饮食指导,药物治疗,血糖监测。

③ 呼吸道的护理　进行肺功能的训练,学会腹式呼吸。术前至少两周常规戒烟,必要时行雾化治疗,教会患者有效的咳嗽、咳痰方法,注意口腔卫生,保持口腔清洁,及时处理口腔慢性感染和溃疡。肺部感染者术前应用抗生素。

④ 预防术后并发症　指导患者进行床上排尿、排便功能锻炼,指导患者掌握肌肉收缩运动的方法,以防术后发生静脉血栓形成。

⑤ 皮肤的准备　按医嘱执行备皮范围(常规开胸手术备皮范围,前至对侧腋前线,后过背正中线,上至锁骨上部,下至肋缘下,并包括同侧上臂和腋窝部)。剪指甲、洗澡。

⑥ 介绍胸闭　引流的重要性和术后注意事项。

⑦ 心理护理　了解患者对手术存在的不同心理障碍(焦虑、畏惧、悲哀);讲解不良情绪、不良心境对神经内分泌系统的影响,导致机体免疫力下降所带来的危害。术前一天晚保证睡眠,适当加用镇静剂。

⑧ 鼓励患者多做户外活动,以增强其心肺代偿功能,但要预防感冒,控制感染。

八、胸肺部物理治疗

常用胸肺物理治疗方法包括控制性呼吸技术和气道分泌物廓清技术。

1　控制性呼吸技术

① 膈式呼吸　取半卧位或坐位,屈膝;双手放于肋缘下,用鼻缓慢深吸气使腹部膨隆,坚持几秒钟,缩唇呼气,将气体排出,可配合双手轻加压。

② 缩唇呼吸

目的　提高支气管腔内压,防止呼气时小气管过早闭合,从而使呼气通畅。

方法　吸气时气体由鼻孔吸入,呼气时将双唇缩拢,如吹口哨状,使气体经过缩窄的双唇间缓慢呼出。

③ 深呼吸运动　吸气时气体由鼻孔吸入，将气体深缓吸入肺底部，保持3秒钟，缓慢呼气。

④ 体位法　垂直坐位或斜坡卧位非常重要。当单侧肺有疾患时，健侧卧位能改善氧合，有利于分泌物引流及患侧肺复张；双侧肺有疾患时，采取右侧卧。

2　气道分泌物廓清技术

① 咳痰运动　取坐姿或半坐卧位，上身微向前倾。双手十指交叉连接，压在切口上方。做数次膈式呼吸，微张开口，深吸一口气，连做3次短呼吸后，干咳一声，保持嘴微张，快速深呼吸，然后用力咳嗽一两次。

② 叩击法

手法　手指合拢，微曲，手掌要窝起，形成碗状。

动作　手掌离胸壁不超过12厘米，依靠腕动的力量在引流部位胸壁上扣拍，从而使分泌物松动移至较大支气管。

③ 振动法　双手掌交叉重叠，按在胸壁部，配合患者呼气时作颤摩振动加压，利用震动，促进支气管中分泌物的排出。

④ 体位引流　通过不断改变患者的体位，利用分泌物的重力作用，将分泌物引流到较大气管，促进痰液的排出，以便达到最佳引流效果的一种技术。

⑤ 膨肺　气管插管患者可用膨肺技术，最好有两位护士合作进行，患者吸气时用较大的潮气量进行胀肺，维持数秒后，另一位护士压迫、震颤胸壁。

九、术后护理

1 监测患者一般情况

患者术后在ICU期间，密切观察心率、血压、呼吸、经皮血氧饱和度（SpO_2）的变化。开胸患者术后病理生理的变化及各种因素的改变降低了患者通气功能，通气、血流比值降低，进而可引起低氧血症表现，这些变化在术前原有通气功能减退的患者中更易发生。根据患者呼吸的幅度、频率及SpO_2的变化及时给予充足的供氧治疗，必要时行BIPAP无创通气，甚至需要气管插管进行有创机械通气治疗，以纠正低氧血症；每日检查血气及电解质项目，结合监测患者的心率变化及术前心电图报告，掌握患者24小时出入量的情况，观察有无心功能不全的表现，对于心律失常者应加强护心、抗心衰治疗和护理。积极的对症处理可减少呼吸衰竭及心衰的出现。

2 卧位的选择

全麻未清醒采取平卧位，全麻清醒后采取半卧位，使膈肌下降，促使肺扩张和胸腔积液的排出。

① 肺叶切除或肺楔形切除者，应避免患侧卧位，选择健侧卧位，以促进患者肺组织扩张。

② 全肺切除术后，要避免过度侧卧，可采取1/4侧卧位，以免纵隔移位造成压迫健侧肺而导致呼吸循环功能障碍。

3 饮食护理

拔除气管插管后4小时可进流食，以后可进高营养普食。肺

4 保持呼吸道通畅

癌开胸术后，因疼痛、麻醉药等原因使患者咳痰功能减弱，气道纤毛活动度减低，分泌物易潴留；以及胸部绷带固定，长时间卧床等也限制了呼吸运动，从而影响肺的复张，导致肺部感染，在原有通气障碍的患者中表现更为明显。因此术后在患者意识清醒及生命体征稳定的情况下采取半卧体位，利于通气并保持胸腔闭式引流通畅；常规进行气道雾化，卧床期间嘱患者用膈肌进行深而慢的呼吸，深吸气时屏住呼吸，然后用力从胸部咳出进行短而有力的咳嗽；协助其定期更换体位，鼓励、指导患者在餐后1小时及餐前2~3小时进行有效咳嗽，通过有节律地、适度叩击患者背部，间接地使附着在肺泡周围及支气管壁的痰液松动脱落，使患者可有效地咳出痰液，从而锻炼肺功能，促进肺的复张。对于年老体弱及咳嗽无效者，必要时行纤维支气管镜吸痰。

5 维持液体平衡

严格控制输液的量和速度，防止前负荷过重而导致肺水肿。全肺切除术后患者应严格控制钠盐摄入量，一般24小时补液量控制在2000 毫升内，速度以20~30滴/分为宜。准确记录出入量，维持体液平衡。

6 观察引流状况

观察引流液性状、颜色及量，有无活动出血。保持引流管的通畅。避免受压，妥善固定。

7 伤口的观察

密切观察伤口是否有渗出、红肿。

8 疼痛护理

必要时给镇痛剂，避免因疼痛限制呼吸及咳痰。

9 功能锻炼

鼓励患者早期活动，拔除胸管前指导患者在床上适当地活动，可有效预防肺不张及下肢静脉血栓的形成，改善通气功能和循环功能。患者在生命体征稳定的情况下及拔除胸管后可在床旁活动，并循序渐进地离床活动。

十、术后并发症的护理

① 肺不张与肺部感染 多发生在术后48小时，主要症状有烦躁不安，胸廓扩张不良，发绀和呼吸困难。预防的主要措施是术后早期协助患者深呼吸、咳痰及床上活动。疑有肺不张，应给吸氧，气道冲洗，雾化，支气管吸痰，同时给予抗生素。

② 急性肺水肿 肺叶切除术后特别是伴有心、肾功能不全的患者，避免补液过多、过快，以减少急性肺水肿的发生。一旦出现急性肺水肿，应立即减慢输液速度，迅速采取利尿、强心等治疗措施。

③ 心律失常 术后密切观察心律、血压、血氧的变化，及时去除并发心律失常的诱因。

④ 出血　注意观察单位时间内引流管流出液的性质和量。观察面色、出汗及血红蛋白情况。

十一、胸腔闭式引流的护理

要点：密闭、无菌、通畅、观察。

1 保持引流管的密闭

① 整个引流装置接口部位连接紧密，不漏气，防止脱开。

② 水封盒内加入无菌生理盐水，使长管浸入水面下3~4 厘米，隔绝胸腔与大气。

③ 引流盒垂直放置，不能倾斜，避免长管露出水面空气进入胸腔。

④ 更换引流盒时，必须用两把止血钳夹闭出胸腔的引流管，避免空气进入胸腔。

⑤ 外出检查时用两把止血钳夹闭出胸腔的引流管。

⑥ 若引流管连接处脱落或引流盒破裂应立即夹闭出胸腔的引流管，并重新更换引流盒。

⑦ 若引流管从胸腔脱出，应立即用手捏闭伤口处皮肤，消毒后用凡士林纱布封闭伤口，协助医生做进一步处理。

2 无菌操作防止逆行感染

① 定时更换引流盒，每周两次，如引流液已满随时更换。

② 保持胸闭引流口周围敷料清洁干燥。

③ 更换引流盒时严格无菌操作规程。

④ 引流盒应低于胸腔40~60 厘米，移动引流盒时不能从床面上跨越，以免引流液倒流引起逆行感染。

3 保持引流通畅

① 清醒后给予半卧位，有利于胸腔引流。

② 避免引流管弯曲、受压、打折。

③ 引流管长短适宜，过长易扭曲影响排气，过短易受牵拉。

④ 鼓励患者做深呼吸、咳嗽及变换体位以利于胸腔内积气、积液的排出，促进肺扩张。

⑤ 引流液为血性时，应经常自上而下挤压引流管，防止血块堵塞。

⑥ 全肺切除术后，胸闭引流管夹闭不开放，其目的是调节胸腔压力防止纵隔移位，必要时由医生做短暂性开放。

4 观察和记录

① 观察水柱波动情况，水柱波动情况反映胸腔内压大小。水柱随呼吸上下波动4 厘米。若水柱波动过高提示肺不张，若无水柱波动提示引流不畅或肺已完全扩张。

② 观察引流的性质，如是气体，可看到气泡溢出，如是液体注意引流液的量、颜色、性质并准确记录。

③ 如引流量>100 毫升/小时连续3小时，表示可疑有胸腔内活动性出血，应及时通知医生处理。

④ 若患者出现胸闷气促，气管向健侧移位等肺受压症状，应疑为引流管堵塞需设法挤压保持引流管通畅。

5 拔管时要注意

① 术后48~72小时，如引流量<50毫升/日，复查胸片证实肺膨胀良好，患者无不适主诉，可拔除引流管。

② 拔管时患者半卧位或坐在床边，嘱患者深吸气并屏住，将引流管迅速拔出并用油纱封住伤口，防止漏气。

③ 拔管后观察患者有无呼吸困难，伤口周围有无皮下气肿、渗出。

十二、康复期的护理

① 恢复期患者，应坚持进行深呼吸和有效地咳痰，促使肺功能进一步恢复。

② 注意保持口腔卫生，避免出入公共场所，避免接触粉尘、烟雾及化学刺激物品。

③ 进食高热量、高蛋白、高维生素饮食，保证良好的营养状态。

④ 坚持化疗和放疗，治疗过程中应注意血象的变化，定期复查血常规和肝功能。

⑤ 适当地进行肢体功能锻炼。

⑥ 肺癌患者的音乐疗法，可听以下歌曲。

解除忧郁的乐曲：《春天来了》、《喜洋洋》、《啊，莫愁》及西贝柳《悲痛圆舞曲》等；振奋精神的乐曲：《步步高》、《命运进行曲》、《金蛇狂舞曲》、《狂欢》、《娱乐生平》、《解放军进行曲》等；舒畅心理的乐曲：《春风得意》、《江南好》及抒情戏曲等；消除疲劳的乐

曲:《锦上添花》、《假日的海滩》、《矫健的步伐》、及海顿的组曲《水上音乐》等；镇静安神的乐曲:《春江花月夜》、《平沙落雁》、《塞上曲》、《小桃红》、《苏武牧羊》等;催眠的乐曲:《二泉映月》、《平湖秋月》、《烛影摇红》、《军港之夜》、《春思》、《宝贝》、《银河会》及门德尔松的《仲夏夜之梦》等。

当然,音乐乐曲的选择还可以根据自己的爱好,只要听后感觉可达到上述的意境即可,不必强求一致,拘于一格。但一般不建议听悲伤、忧郁或你觉得可以引起患者出现悲伤、忧郁心情的音乐。

音乐治疗的时间不宜过长,每次以60分钟为好,而且不能总是重复一个乐谱,以免久听生厌,达不到预期的目的。此外,音量的大小也应掌握在适当的程度,以70分贝以下疗效最佳。

十三、康复期要注意五点

① 要精神饱满、情绪乐观,生活安排得丰富多彩。这样可能争得与癌症斗争的胜利，如果精神上高度紧张，情感上过于脆弱,情绪易于波动等都会引起寝食不安、身体抵抗力下降,导致病情恶化。

② 生活要有规律。既不要卧床大养,也不要过度劳累,更不要随着性子来。规律的生活可使机体处于正常的工作状态,这样,肿瘤的复发、转移也就无机可乘。

③ 注意调节饮食。癌症患者在康复期要设法增进食欲,饭菜要清口,做到荤素搭配,粗精搭配,粗精兼食,既不能单调乏味又不可以过于油腻,以易消化吸收为宜。进食时要环境轻松、心

情愉快、不偏食、不过多忌食，更不要暴饮暴食。

④ 积极治疗其他并发症。由于癌症患者一般体质较弱，往往伴有并发疾病，如上呼吸道感染、肺炎、肠炎、糖尿病、心脑血管疾病等，在康复期要进行积极治疗。

⑤ 进行适当的体育锻炼。增强了体质也就自然增强了抗癌能力。患者可根据自身体质情况，选择散步、慢跑、打太极拳、习剑、游泳等活动项目，运动量以不感到疲劳为度。



十四、化疗期间的护理

面对疾病与化疗，要正确对待，把化疗看做是自己与疾病奋战的帮手，理解治疗计划，学会照料自己，在化疗期间一定要注意以下几点。

1 局部反应的护理

◎ 如何减少化疗药物对血管的破坏

化疗药物对血管有一定的破坏作用，因而在输入液体时，护士会有计划的选择一些血管，当化疗药输入时，尽量减少活动，以免针头刺破血管造成药物外渗。

静注肺癌化疗药物时，会刺激局部静脉产生静脉炎。由于肺癌化疗药需长期反复注射，因此宜及早保护静脉。为预防毒副反应的发生，可采取以下措施。

① 静脉穿刺选用粗、直、弹性好的血管穿刺。

② 同时应用两种肺癌化疗药时，先用刺激性小的，后用刺激性大的。

③ 静脉给药时应在输注肺癌化疗药物前后输注其他液体，以防药液外渗引起组织坏死。

④ 若肺癌化疗药物不慎外漏，或患者自诉局部有烧灼感，应立即停止输液，迅速用 0.5%普鲁卡因10~20毫升局部封闭，并用冰袋冷敷，局部外敷肤轻松或氢化可的松软膏，以减轻组织损伤。

化疗药对外周血管壁有着强烈的刺激性，为减轻患者痛苦，提高生活质量，保护患者的外周静脉，建议经外周静脉置入中心静脉置管(PICC)，导管可以留置长达一年，不限制臂部的正常活动及日常生活，完成化疗的全部疗程，对外周血管不造成危害。

◎ 携带PICC患者的日常生活注意事项

① 保持局部清洁干燥，贴膜有卷曲、松动，贴膜下有汗液时及时到医院更换。

② 避免使用带有PICC管侧的手臂提过重的物品等，不用这一侧手臂做引体向上、托举哑铃、来回屈肘等锻炼，并避免游泳等会浸泡到无菌区的活动。

③ 携带此导管可以淋浴，但避免盆浴、泡浴。淋浴前用塑料保鲜膜在肘弯处缠绕2~3圈，上下边缘用胶布贴紧，如有浸水应重新更换贴膜。

④ 每隔7天到医院对PICC导管进行冲管、换贴膜、换肝素帽等维护，防止堵管或感染。

⑤ 注意观察针眼周围有无发红、疼痛、肿胀、有无渗出，如有异常及时就诊。

2 胃肠道反应的护理

由于个体差异，有些患者化疗期间不发生恶心、呕吐，可以随意选择饮食的种类，进食高蛋白、高维生素、补血食品。如果消化道反应严重，进餐方式可以化整为零，采取敌进我退、敌疲我打的战术。胃内翻江倒海时，你可深呼吸，口含姜糖片。胃内分平浪静时，赶紧吃些小食品、杏仁茶、鲜果汁、藕粉等充饥。另外，适当的活动、饭菜的色香味、听听音乐、家人的鼓励，均可增加你的食欲。心中要有坚定的信念：我能吃，我一定能吃。

因大多数化疗药均可引起胃肠道反应，至使化疗患者恶心呕吐。护士应该按医嘱在输入化疗前30分钟及时应用抑制胃肠道反应的药物，指导患者化疗前1小时进食，饮食应清淡，不要喝碳酸饮料，以减少恶心呕吐的发生，出现呕吐后应尽快漱口，及时处理呕吐物，防止不良刺激加重恶心呕吐。

消化道毒副反应，直接影响到化疗能否坚持和化疗效果。鼓

励患者少量多餐，饮食宜清淡。进食易消化、含纤维素少的流质、半流质，避免辛辣、生冷、过硬及过于油腻的食物。化学药物可引起白细胞减少，因此，应多吃些富含蛋白质、铁、维生素的食物，如动物肝脏、瘦肉、大枣、桂圆、阿胶、新鲜水果和蔬菜等。对食欲不振、消化不良、腹泻的患者可辅之以健脾养胃的食品，如薏苡仁、白扁豆、大枣等。对反应严重、长期营养摄入障碍的患者，可考虑用胃肠外营养输入法改善患者状况。在第三次化疗过程中，化疗患者普遍存在食欲不振，单从静脉补充不能保证患者的能量供应，不利于疾病恢复，可给患者口服多酶片，帮助消化，增进食欲。同时，要耐心劝导、鼓励患者进食。呕吐严重者注意观察呕吐的次数、量及颜色，配合应用止吐治疗。有肝功能损害的，应卧床休息，少食多餐，进有营养的易消化饮食。

3 保护自己 预防感染

多数化疗药物有骨髓抑制作用，导致免疫功能低下，机体抵抗力降低，白细胞下降，易导致感染发生。患者讲究个人卫生，保持皮肤口腔清洁，每日早晚刷牙、擦身，病房每日消毒，在此期间家人如有患呼吸道感染的请不要到医院探视患者。保持室内空气流通、新鲜，患者尽量减少到人员集中的场所，避免感染，可以预防性的戴上口罩。同时遵医嘱正确使用升血药物，密切观察血象变化，常规检测体温，及早发现感染征象。每周1~2次检查血常规，当白细胞低于3.0×10^9/升应停止肺癌化疗，应用升白细胞药物，给予全身支持疗法并注意保护性隔离。

4 头发脱落是暂时的

脱发是化疗过程中常见中的副作用之一，中医认为"发为血之余"，化疗药引起的血虚血淤，毛发丧失营养滋润，故多枯萎、脱落。但化疗结束后，头发可以重新长出，而且可以长得比以前更粗更浓密。因而，患者不必为此担忧，化疗期间可剃光头发选择适合自己的假发，进食养血、补气、滋补肝肾的食品，有保护头发的作用。

5 保护口腔黏膜

有些化疗药可以引起严重的口腔黏膜的改变，表现为充血、水肿、溃疡等。因此，清洁口腔很重要，不容忽视。输注化疗药时你可不时地用清水漱漱口，这样可以减少黏膜的损伤。

6 腹泻、便秘的护理

有些化疗药物和止吐药的副作用可使患者引起腹泻或便秘。对腹泻的患者做好肛门护理，并及时与医师联系使用止泻药。对便秘者应指导患者多喝水，多吃新鲜水果和蔬菜，必要时给予灌肠，以减轻患者因腹泻或便秘造成的不适。

7 体位的舒适护理

因为肺癌全身化疗患者输液多，所以患者卧床时间长，同时为防止静脉穿刺针头滑出血管外而引起化疗药液外渗造成局部组织损伤、坏死，至使患者不能随意活动，患者常有体位不适感。护士经常询问患者长时间卧床是否有疲劳、不适感。应及时给病

人按摩，并与他们多交谈，以缓解患者的紧张情绪，使之全身心得到放松。

8 对睡眠舒适的护理

临床发现许多患者对化疗有恐惧感，同时因化疗引起的不适，使患者入睡或睡眠质量差.护士应安慰、体贴和同情患者，多向患者介绍患同种疾病好转的病例，遵医嘱对化疗副作用采取相应的处理。为患者创造良好舒适的睡眠环境。各种治疗与护理工作尽量不在夜间进行，做到“四轻”即：走路轻、开关门窗轻、说话轻、操作轻。指导患者睡前用热水泡脚，晚餐应清淡，不宜过饱，忌饮夜茶，必要时按医嘱应用催眠药，使患者在一个好的睡眠状态，以保持旺盛的精力配合治疗。

十五、服中药有何禁忌

① 忌喝酒　喝酒本身就可促进癌变，增加恶性肿瘤发生的易感性。若服中药时不忌酒，会影响中药的疗效，还会使白细胞下降，免疫功能减低。

② 忌饮茶过多或饮浓茶　因为茶叶中的咖啡碱、茶碱、鞣酸会同某些药物发生相互作用，如与安神类的酸枣仁、柏子仁、远志及补血益气的黄芪、首乌、土茯苓、鸡血藤等药物不能同用，会降低药物的疗效，即“茶解药性”。

③ 忌吸烟　众所周知，香烟中含3,4苯并芘、烟焦油等多种致癌物质，对支气管和肺是一种不良刺激，长时间吸烟会导致肺癌已是不争的事实，若服用抗癌中药的同时还不断吸烟，会严重影响抗癌中药的疗效。

④ 忌刺激性食物　肺癌患者，尤其是放疗后的患者，多出现肺阴亏虚的症状，因此，某些辛香走窜、刺激性强的食物最好避免与中药同用，应忌食辣椒、胡椒、芥末油、葱、姜等食物。

十六、如何护理晚期肺癌患者

多给患者用精神安慰，消除他们对死亡的恐惧感，要鼓励和训练患者的配偶和亲属，给患者以抚爱、拥抱，轻言细语，多拉家常，表达对患者的挚爱和眷念，满足他们心理上对亲情的渴望，忘记对死亡的恐惧，从而获得精神上的欢愉。

帮助生活不能自现的患者定期翻身，每天擦洗，按摩手足。可用红花酒精涂摩受压部位，防止褥疮发生。

如咳嗽有痰，鼓励患者自行咯出，排痰困难者，可拍背助其排痰，必要时辅以吸痰器，休息睡眠时注意头偏向一侧卧位，以防痰涎窒息。若发现患者突然失语、面色改变、呼吸停止，必须马上报告医生，紧急抢救。

对于疼痛患者应尽量满足他们的止痛要求，不要害怕麻醉止痛剂的成瘾性，以提高其生活质量。

对于可以轻微活动的患者，可陪他们慢走、散步、活动筋骨，以不过度为要。

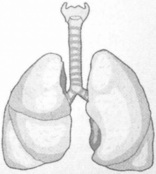
可适当听听轻音乐、民乐，以及贝多芬命运交响曲等，使身心放松，改善其生活质量。

密切观察患者的呼吸、血压、脉搏、体温、神志的变化。如有异常，马上报告医师，对症处理。

饮食丰富多样、清淡、富有营养，以肉粥、鱼粥、蛋粥、薏米粥、百合粥、枸杞等各种粥类、汤类为主，配合水果、新鲜蔬菜。

第9章 远离烟草 享受健康生活

Yuanli Yanchao
Xiangshou Jiankang Shenghuo



一、吸烟与癌症的亲密关系

吸烟与30%的癌症有关，吸烟可以使肺癌、口腔癌、喉癌、气管癌、胰腺癌、胃癌、宫颈癌、膀胱癌等发病率上升。吸烟可产生40多种致癌物质，烟草中含有上百种复杂的化学成分，大部分对人体有害，吸烟过程中可产生40多种致癌物质，其中与肺癌关系密切的主要有多环芳烃类化合物、苯、砷、丙烯、烟碱（尼古丁）、一氧化碳和烟焦油等，这些致癌物质可通过不同的机制，导致支气管上皮细胞DNA的损害，某些癌基因的激活，抑癌基因的突变和失活，导致细胞遗传信息转化癌变。而香烟在点燃后，所产生的烟雾，不仅包含了烟草中所有的化学成分，同时比烟草本身又增加了一些有害物质，如一氧化碳和烟焦油等。

85%男性肺癌归因于吸烟，近10年，肺癌死亡率快速上升，已占全部男性恶性肿瘤死亡的1/4。而造成这一悲剧的主要元凶正是吸烟。据统计，男性肺癌的85%和女性肺癌20%都归因于吸烟，因此，要想预防肺癌，就要远离烟草。丈夫吸烟，妻子患肺癌危险增加30%。吸烟不仅危害吸烟者本人健康，还会因为非吸烟者被动吸入大量烟草烟雾而危害其健康。让人惊心的是，吸“二手烟”的危害几乎等同于吸烟。有资料显示，一些与吸烟者共同生活的人，患肺癌的概率比常人多出6倍。研究结果表明，重度吸烟者的非吸烟妻子，患肺癌的危险性较高，且存在剂量与效应关系。丈夫吸烟，妻子患肺癌的危险性增加30%。

1 烟草中哪些物质会让身体受到损害

以前可能认为卷烟中的尼古丁是最大危害，但随着研究以及控烟工作的不断深入，发现尼古丁不只是一个罪魁祸首，又是一个导火索。尼古丁本身对健康的危害不是主要的，更多的是伴随着尼古丁，一些烟草中的有害物质，比如焦油、化学物质等进入身体，对我们的心脑血管疾病、癌症，以及口腔疾病、消化疾病的发病产生影响。

按照我国第三次人口调查显示，排在危害我国人民健康的前五大疾病，有4个疾病跟烟草相关，第一个就是脑血管疾病，第二位就是癌症，第三位是心血管疾病，第四位是呼吸疾病。

◎ *烟草中的有害物质*

香烟点燃后产生对人体有害的物质大致分为6大类。

① 对呼吸道黏膜产生炎症刺激，如醛类、氮氧化物、烯烃类。

② 对细胞产生毒性作用，如腈类、胺类、重金属元素。

③ 使人产生成瘾作用，如尼古丁等生物碱。

④ 对人体具有致癌作用，如多环芳烃的苯并芘以及镉、二甲基亚硝胺、β-萘胺等。

⑤ 对人体具有促癌作用，如酚类化合物。

⑥ 使红细胞失去荷氧能力，如一氧化碳。

2 一天吸多少烟才会成瘾

有一个简单的量表，包括6个小问题，可以评价烟民对尼古丁成瘾的程度，其中两个问题最重要，第一个，早上起来之后是多长时间吸第一支烟，如果这个时间越短说明瘾可能越重；再一

个，一天吸多少支烟，这个量越大可能瘾越重。

3 烟草为何如此难戒

好多烟民戒烟难就是因为尼古丁成瘾，尼古丁成瘾一般有两个特点，一方面是生理依赖，也叫躯体依赖，另一方面叫心理依赖。所谓躯体依赖，就是吸烟者一旦吸了烟之后，忽然停止吸烟体内的尼古丁浓度就会下降，这时就会出现一系列令人难以忍受的症状和体征，有些人可能表现在烦躁不安、抑郁、总想发脾气或想吃东西，这就是戒烟综合征，也是很多人戒烟失败的一个原因。

再一点，就是心瘾，心瘾持续的时间比较长，虽然生理上不依赖烟，但心理总有这个渴求。有一个患者已经戒烟两年了，突然有一天在电视上看到了有演员拿烟的镜头，就想翻箱倒柜哪怕吸上一个烟头，这就是心瘾。

二、在什么情况下吸烟的危害更严重

1 巨大压力

现代生活中，中青年人群面临的社会和就业压力很大，如果在心情抑郁、情绪低落、烦躁不安等情况下一支接一支地吸烟，其危害性更严重；有数据表明，在成年烟民婚姻、事业遇到大挫折时，吸闷烟喝闷酒的不健康生活方式对健康危害更大。

2 被动吸烟

被动吸烟对健康危害更严重。被动吸烟(包括被污染的烟尘和厨房污染)已经被证实是非吸烟者患肺腺癌的一个重要原因。被动吸烟尤其有害于妇女与儿童，一些与吸烟者长期共同生活的女性,患肺癌的概率比正常人约高出6~17倍。

有人调查了1000个家庭，发现吸烟家庭中16岁以下的儿童患呼吸道疾病的比不吸烟家庭多。5岁以下儿童,在不吸烟家庭,33.5%有呼吸道症状,而吸烟家庭却有44.5%有呼吸道症状。儿童暴露于吸烟环境对儿童健康可产生显著且广泛的不利影响,包括下呼吸道的感染,如肺炎和支气管炎、咳嗽和哮喘、加重哮喘及中耳疾病,甚至于导致死亡。这种影响在全球均存在。儿童期暴露于吸烟环境也可能导致成年期心血管疾病的发生和神经系统的损害。

3 女性吸烟

女性吸烟患肺癌的危险性也很严重。已有证据表明,长时间沉溺于抽烟的青年女性烟民,30~40年后患肺癌的概率并没有下降。而女性的肺腺癌确诊时多属于晚期,失去了手术治疗的最佳时机。最近有临床研究结果表明,不吸烟女性肺腺癌对于新一代靶向治疗药物的效果要远远好于吸烟女性肺腺癌患者。

加拿大研究显示，在青春期开始吸烟的女性与不吸烟女性相比,日后患乳腺癌的概率要高出2/3。加拿大温哥华不列颠哥伦比亚癌症研究机构的皮埃尔·班德与同事对1000例患乳腺癌的成年女性和1000例健康女性进行比较后发现,月经初潮后5年

内开始吸烟的女性比不吸烟女性患这一疾病的风险增加了69%。因为乳腺细胞在女性青春期时处于较旺盛的发育阶段,这一时期的乳腺细胞对烟草中的致癌物质最为敏感，极易受到影响。

一份医学研究报告显示,吸烟者感染脑膜炎,毒血症,肺炎和耳病等的概率比不吸烟者高4倍多。手术作为治疗手段的同时对机体内环境的平衡造成破坏，机体对病原体的防御能力随之降低。而对于长期吸烟者他们手术后感染病菌的可能性比不吸烟者高2.5倍，所以患者术前3天到一周及术后数周内应禁止吸烟。

烟草主要是由碳水化合物(占40%~50%)羧酸、色素、萜烯类物质、链烷烃、类脂物质等组成,同时还有一些在其本身生长过程中必需的营养物(如硝酸盐等)以及某些污染物(如农药、重金属元素等)。烟草与别的植物的重要区别是所含的萜烯类物质比较丰富,即通常所说的“蜡质”或“尼古丁”。烟草点燃的烟雾由两部分组成,其中气体部分占据92%,包括多量的氧和氮、一定量的一氧化碳及微量的致癌、促癌、纤毛毒物质;粒相部分占8%,主要为尼古丁和烟焦油。

香烟烟雾中的有害主要成分是一氧化碳、尼古丁和烟焦油。其中一氧化碳和烟焦油是引起疾病的主要原因，尼古丁只导致成隐性。

4 环境污染

在现代化城市的空气污染、环境污染下的重度烟民对健康危害更大。

5 接触致癌物

同时合并有职业致癌物质接触史、同时合并有呼吸系统疾病的烟民都属于高危人群(哮喘等)。

三、二手烟同样会损害健康

二手烟和一手烟同样会损害健康。二手烟的成分和一手烟的成分是一样的。烟中有超过4000种化学物质,当中至少有超过40种致癌物质。若你的配偶或家人吸烟,你便会有很多机会吸入二手烟,从而增加因吸入二手烟而引致的疾病。

吸烟可产生40多种致癌物质。吸烟过程中可产生40多种致癌物质,其中与肺癌关系密切的主要有多环芳烃类化合物、苯、砷、丙烯、烟碱(尼古丁)、一氧化碳和烟焦油等,这些致癌物质可通过不同的机制,导致支气管上皮细胞DNA的损害,某些癌基因的激活,抑癌基因的突变和失活,导致细胞遗传信息转化癌变。而香烟在点燃后,所产生的烟雾,不仅包含了烟草中所有的化学成分,同时比烟草本身又增加了一些有害物质,如一氧化碳和烟焦油等。

吸烟不仅危害吸烟者本人健康,还会因为非吸烟者被动吸入大量烟草烟雾而危害其健康。让人惊心的是,吸"二手烟"的危害几乎等同于吸烟。有资料显示,一些与吸烟者共同生活的人患肺癌的概率比常人多出6倍。研究结果表明,重度吸烟者的非吸烟妻子,患肺癌的危险性较高,且存在剂量与效应关系。丈夫吸烟,妻子患肺癌的危险性增加30%。

儿童吸入“二手烟”，不但影响发育，而且易患气管炎和肺炎等疾病。有婴儿的家庭，如果父亲在室内吸烟，烟雾中的尼古丁等有害物质，极易进入大脑，日积月累，可影响孩子的大脑发育。烟雾中烟焦油和尼古丁的含量，要比吸烟者吸入的含量大1倍，一氧化碳大4倍，3，4苯并芘大两倍，氨和亚硝胺大50倍。空气不流通，浓度会更高。如果妻子怀孕，经常吸入丈夫喷出来的烟雾，会危害胎儿。

关于肺癌的预防之道，远离香烟与烟雾是最为明智之举。同时，不但尽量不要吸烟，也不要让自己吸上“二手烟”，即使在公共场所也应设法避开那些吞云吐雾者，以避免受到“二手烟”的危害。

美国国家癌症研究所前不久发表的报告说，多吃一些含维生素E丰富的食物，可使吸烟者罹患肺癌的概率降低两成。研究发现，那些血液里维生素E含量最高的人，得肺癌的比例下降。而那些吸烟时间最短，血液里含维生素E高的人，预防效果最佳。但专家强调，具有预防肺癌功效的维生素E主要来自食物而并非维生素E补充剂。富含维生素E的食物包括全麦面包、坚果类、绿色蔬菜、豆类、谷类等。

四、为何不吸烟也会患肺癌

也许你周围有人一辈子吸烟也没得肺癌，而有些不吸烟的人却患肺癌了。这是为什么呢？医学角度讲，关键在于个体免疫系统的强弱。免疫系统强，抵抗疾病的能力就强，而免疫系统弱，人体就比较容易患病。老百姓不要以为“有人一辈子吸烟也不会

得肺癌”,就以此为借口与依据,为自己的吸烟行为开脱。吸烟是肺癌的主要病因,这是无可置疑的事实。在肺癌患者中,80%以上的患者有吸烟史。但吸烟并非是造成肺癌的唯一病因,与其相关的因素至少还有:职业致癌因素、空气污染、环境致癌因素、电离辐射、饮食因素、病毒感染、真菌毒素、内分泌失调、家族遗传等,肺癌的发生是多因素共同作用的结果。

目前发现有两个因素使得部分“老烟客”成为不患肺癌的“另类人群”。一方面,我们知道吸烟会损伤DNA,但这类人群DNA修复抗损伤功能正常。另一方面,这类人群的抗氧化解毒功能正常,对烟草中的致癌物能够分解代谢掉。所以,这些“另类人群”可能侥幸躲过肺癌这关。

五、戒烟失败的四大原因

戒烟失败的原因,最常见的莫过于缺乏持之以恒的毅力,遇到挫折就放弃。戒烟是一件难事,当然不能一蹴而就。此外,烟民还必须避免以下几种经常出现的错误做法和想法。

① 对戒烟不作充分的思想准备和物质准备,心血来潮般地想到戒烟就开始。这是一种轻敌思想,在这种情况下戒烟,十之八九要失败。对大多数烟民来说,戒烟是一场克服烟瘾的斗争,不是自己能完全左右的。因此,需要有充分的思想准备,了解一切有用的戒烟知识和方法,制订详细的戒烟策略和计划。戒烟的办法有多种,应该向戒烟成功者取取经,并采纳适合于自己的戒烟方法。

② 没搞清自己吸烟的真正原因。每个烟民都有促使自己吸烟的原因，有的出于社交的需要，有的为了减轻心理压力（压力食品），有的则为了追求时髦。一旦你明白了自己为什么要点燃香烟时，你就会去寻找其他无危害的方法，来代替香烟。

③ 有些烟民怕戒烟失败而被人取笑，不敢公开宣告自己要戒烟，只是暗暗下决心戒烟。这就陷入了孤军作战的境地，很难戒烟成功。所以，戒烟时应大胆地争取家人、同事、朋友的帮助，并提醒周围的人，你戒烟也是为了大家的健康（健康食品），希望得到他们的鼓励和支持。事先向大家打个招呼，把你戒烟的消息传出去，这样，同事、客户就会体谅你，而不再向你递烟，也就少了许多尴尬。开个家庭戒烟“发布会”如何？让妻子、孩子配合你，演练拒绝香烟时的言谈举止。例如，可坚决而有礼貌地说：“谢谢你，我不吸烟。”

④ “我就吸这一支”，这是戒烟半途而废的主要原因。对大多数人来说，即使已经几个星期没吸烟了，但仍不能说戒烟成功。此时，只要点燃一支烟，以前所做的一切就会化为乌有。因为一旦吸了一支烟，你就会有更强烈的冲动去吸第二支，于是又重新开始了吸烟。这种“我就吸这一支”的危险想法，在情绪低落和无所事事时特别容易产生。

戒烟确有难度，然而任何时候戒烟，都能给吸烟者的生活带来立竿见影的效果，长远地说，对健康大有益处。愿你以正确的态度和方法戒烟，远离烟草，早日脱离烟民的队伍。

六、八类人的戒烟理由

① 对无症状吸烟者的戒烟理由，吸烟使人易患各种疾病；吸烟对于您家人和周围的人来讲是一件令人讨厌的事；如果戒烟，您的健康状态将会得到改善；禁烟的场所越来越多；如果戒烟，你对食物的味觉和嗅觉会得到改善；如果戒烟，你将可能对每件事情都充满信心。

② 对于吸烟者而言，为什么吸烟是患病的危险因素，如果吸烟者同时患有高血压和高胆固醇血症，他们发生动脉硬化、缺血性心脏病、脑梗死以及其他疾病的风险将更增加。如果有癌症或其他吸烟相关疾病家族史的患者吸烟，同类疾病发生的危险将会增加。

③ 对于患有疾病和具有症状的吸烟者的戒烟理由，今天看到的下列症状都可能与你吸烟有关：咳嗽和黏痰、呼吸短促、脸色差、清晨虚弱、刷牙时感觉恶心、胃痛、食欲下降等。

④ 对于年轻吸烟者的戒烟理由，对你来讲，现在的年龄戒烟比较容易；吸烟使你的呼吸和衣服的味道很不好闻，而且使你的牙齿变黄；吸烟还要花钱；吸烟对你的运动能力有影响；吸烟不再被社会所接受。

⑤ 对于怀孕女性吸烟者的戒烟理由，吸烟可以减轻胎儿体重；吸烟可以导致流产、早产或死胎；吸烟可以增加婴儿猝死综合征发生的危险。

⑥ 有未成年孩子的吸烟家长的戒烟理由，吸烟能增加孩子呼吸道感染（肺炎、支气管炎等）的概率；吸烟为你的孩子树立了不良榜样；停止吸烟有助于改善你家庭成员的健康状态。

⑦ 老年吸烟者的戒烟理由，即使在你这个年龄，戒烟也可以减少发生缺血性心脏病、癌症等疾病的危险；如果戒烟，你呼吸中的烟草味道将会消失，你的孙子可能会更愿意和你玩。

⑧ 女性吸烟者的戒烟理由，吸烟刺激皮肤使皱纹增加；如果戒烟，你的皮肤将会变好；吸烟可加速骨质疏松；吸烟可引起不孕。

七、测试你是哪类吸烟者

① 起床后多长时间吸第一支烟？

5分钟以内（3分）；6~30分钟（2分）；31~60分钟（1分）；1小时以上（0分）

② 在禁烟的公共场所，如教室、图书馆、电影院等，你会不会因为不能吸烟而感到很难熬？

是（1分）；不是（0分）

③ 戒烟时令你最头痛的是哪一支烟？

起床后第一支烟（1分）；其他（0分）

④ 你每天的吸烟量是多少？

少于10支（0分）；11~20支（1分）；21~30支（2分）；31支以上（3分）

⑤ 起床后1小时内吸烟是否比在其他时间更频繁一些？

是（1分）；不是（0分）

⑥ 你生病卧床时是否还吸烟？

是（1分）；不是（0分）

如果你的得分在6分以上，说明你是以生理成瘾为主，光靠毅力戒烟是不行的，必须配合其他一些方法。世界卫生组织推荐

的尼古丁替代疗法不失为治疗生理成瘾的一个较安全、有效的方法。

如果在6分以下,说明你是以心理成瘾为主的烟民,则应以行为治疗为主。下列方法都可以试一试,以自己的毅力坚守戒烟诺言,避开香烟的引诱;拒绝别人的香烟;以其他活动(如运动、深呼吸、散步等)转移自己对香烟的向往。这类烟民也会出现尼古丁戒断症状,如烦躁不定、情绪不稳、沮丧、注意力不集中、睡眠障碍等,但与生理成瘾严重的烟民相比,则要轻一些,因而克服起来相对容易。

烟民在与尼古丁的斗争中需要医生的建议和帮助，对重度依赖尼古丁的烟民来说，医生的有力干预是戒烟成功的一个基本因素。所以如果你想戒烟,最好与懂这方面知识的医生取得联系。

八、戒烟的益处

据科学家们多年的实验后发现，吸烟者在戒烟后其体内器官会发生一系列有益的变化,其变化大致表现如下。

20分钟内:血压降到标准水平;脉搏降到标准速度;手、脚的温度升到标准体温。

8小时内:血液中一氧化碳的含量降低到正常水平;血液中氧的含量增至正常水平。

24小时内:心肌梗死危险性降低。

48小时内:神经末梢的功能逐渐开始恢复;嗅觉和味觉对外界物质敏感性增强。

72小时内:支气管不再痉挛,呼吸大为舒畅,肺活量增加。

两星期至1个月:血液循环稳定;走路稳而轻;肺功能改善30%。

1至9个月:咳嗽、鼻窦充血、疲劳、气短等症状减轻;气管和支气管的黏膜上出现新的纤毛,处理黏液的功能增强;痰减少,肺部较干净,感染机会减少;身体的能量储备提高;体重可增加2~3千克。

1年内:冠状动脉硬化危险减至吸烟者的一半。

5年内:比一般吸烟者(每天一包)的肺癌死亡率下降,即由1.37%降至0.72%,或近于不吸烟者的死亡率;口腔、呼吸道、食管癌发生率降到吸烟者发病率的一半;心肌梗死的发病率几乎降低到非吸烟者的水平上。

10年内:癌前细胞被健康的细胞代替,肺癌的发生率降至非吸烟者的水平;口腔、呼吸道、食管、膀胱、肾脏、胰腺的癌症发病率明显下降。

15年内:冠状动脉硬化的危险与不吸烟者相同。

因此,任何时间戒烟都不算迟,而且最好在出现严重健康损害之前戒烟。英国医生的队列研究表明,吸烟者如能在35岁以前戒烟,则死于烟草相关疾病的危险性明显下降,几乎与不吸烟者相近。

吸烟与戒烟后身体状况的对比

① 呼吸系统　吸烟者患肺癌的相对危险度是不吸烟者的10~15倍,而一个吸烟者戒烟10年后,他患肺癌的危险性将是继续吸烟者的30%~50%。戒烟还可降低患肺炎、支气管炎的危险

性。吸烟是慢性阻塞性肺病(COPD)的主要原因。戒烟后，其随着年龄增长而发生的肺功能下降的速度将接近于不吸烟者的情况。

② 循环系统 吸烟者死于冠心病的危险度是从不吸烟者的两倍。而吸烟者戒烟后1年之内，这种危险度就会降低50%。坚持戒烟15年后这种危险度就会接近于从不吸烟者的水平。

③ 神经系统 与不吸烟者相比，吸烟者死于脑卒中的相对危险度要高一倍。有些吸烟者在戒烟后5年内就可把这种危险度降低到不吸烟者的水平，而有些人却需要坚持15年才能收到这种效果，此外，戒烟能改善脑血流量。

④ 孕妇吸烟使胎儿和婴儿死亡率比正常不吸烟者高25%~50%，婴儿出生时体重平均低于正常值200克。如果能在怀孕前就戒烟，她们所生出的婴儿的体重将和从不吸烟的母亲所生婴儿体重基本相同。

九、戒烟三部曲

1 确定已做好准备进入戒烟状态

从认识到吸烟对人体的危害，到成功戒烟，需要经历4个连续的时期。

思考前期(不想戒)仍在吸烟，还未形成戒烟的动机，没有认真考虑过戒烟，可能会在之后6个月内思想有所改变。

思考期(考虑戒烟，但不是近期)仍在吸烟，已经有戒烟的动机，认真考虑于之后6个月内有所改变，但还未设定戒烟日。

准备期(计划近期戒烟)准备采取行动，认真计划于1个月

内停止吸烟。

行动期（努力戒烟）已开始戒烟，并有一段时间不吸烟，但不到6个月；维持戒烟6个月以上；若在维持期间开始规律吸烟，即进入复吸期。

你是否已经做好戒烟的心理准备？请回答以下问题。

① 你要为自己戒烟吗？ □
② 戒烟是你第一件要做的事吗？ □
③ 你曾否戒过烟？ □
④ 你相信吸烟危害你的健康吗？ □
⑤ 开始戒烟虽然很难，你是否有决心戒烟？ □
⑥ 你的家人、同事或朋友愿助你一臂之力戒烟吗？ □
⑦ 除了健康的理由，你有其他理由戒烟吗？ □
⑧ 如果你烟瘾复发，你会有耐心鼓励你自己再尝试吗？ □

如果有4个以上的回答为“是”，说明你已经准备好戒烟了。如果你的总分在5分以上，说明你属于中度以上尼古丁依赖。如果有药物（包括尼古丁替代治疗）帮助，戒烟会更轻松。

2 制定目标确定戒烟日，寻求帮助轻松戒烟

选择一个有意义或重要的日期作为自己戒烟的日子，同时广而告之，让周围的朋友、同事和亲人都知道你的戒烟计划和决定。一定要在戒烟门诊或戒烟医生的指导下进行戒烟。许多吸烟者往往有这样的经历，即突然停烟后（特别是烟瘾较重的人），会出现很多不适（戒烟症状）。在戒烟专业医生及机构（如戒烟热线）的帮助下，戒烟会变得轻松，且成功率会大大提高。

3 时刻提醒自己，并接受戒烟门诊医生的监督，预防复吸

戒烟6个月后仍应经常提醒自己，预防复吸。开心或不开心都是诱发复吸的原因。提前准备，被诱惑的概率就小。戒烟门诊、戒烟医生、戒烟热线都会经常提醒、鼓励、奖励、帮助你坚持到底的。

4 有关戒烟的若干问题

① 吸烟可以缓解紧张，增加灵感，戒烟后怎么办？

吸烟只是为你带来身体习惯的尼古丁，满足尼古丁的需求。从生理现象来看，你的紧张只是因供应尼古丁而暂时打住，而不是真正的放松。何况吸烟能增快心率，升高血压。其实，有其他方法让你减少紧张或增加灵感。戒烟时有各种方法帮助你克服这些症状。

② 戒烟后会生病吗？

如没有帮助，突然戒烟有时会出现戒断综合征，如烦躁易怒、焦虑不安、睡眠障碍、体重增加，以及血压、心率出现波动，肌肉及骨骼出现不适症状。对尼古丁高度依赖的人，出现上述症状的概率会较大。此时如果有医生指导，并有相关药物的辅助治疗，可以完全避免这些症状出现，有助于顺利戒断。

③ 烟瘾来了怎么办？

每次烟瘾来时，不要立刻拿起烟抽。你可以忍耐一下，观察烟瘾持续的时间，一般每次烟瘾持续的时间也就3~5分钟，熬过这段时间，烟瘾就过去了。随着每次克服烟瘾的努力，烟瘾持续的时间会缩短，烟瘾来临的时间间隔会延长。另外，你可以通过

喝水、深呼吸、转移注意力、吃零食和运动等方法来克服烟瘾。

④ 戒烟后体重会增加吗?

尼古丁有抑制食欲的作用,并能增加机体的基础代谢,加上吸烟使胃肠道黏膜血管收缩,影响营养的吸收,因此,戒烟时如果没有指导及药物的辅助,大部分人会出现体重的波动。如果能在戒烟前得到专科医生的辅导,并针对不同的烟草成瘾度进行干预,提前注意运动及控制饮食,体重就可以控制在正常范围内。由于有专业的辅导,在戒烟过程中可以从医生那儿学习运动及营养处方,因此能为今后的健康生活打好基础。

十、如何尽快戒除烟瘾

首先要告诉你周围的亲人和朋友你要戒烟的消息;其次要制定科学可行又适合自己实际情况的戒烟计划;当然,外出时不带烟和打火机、家中不备烟灰缸也是必需;接受女朋友和晚辈甚至孙子或孙女的监督。领导干部要带头,医务人员和教师要带头。

在帮助吸烟者戒烟之前,应首先了解戒烟者戒烟的通常模式。在不同阶段吸烟者对问题的看法和认识是不同的,所以对处在不同阶段的吸烟者应采取不同的干预措施。

① 多掌握吸烟危害健康方面的知识,明确戒烟的好处,如戒烟后数周内,呼吸道咳嗽和有痰的症状就会明显减少或消失。

② 必须具有主动要求戒烟的决心和意志,永远不做烟瘾的奴隶。如果朋友送烟给你,你可以大声说:“对不起,我已经戒烟了!”并且尽可能地不要和那些仍在吸烟的人待在一起。

③ 结合个人实际情况制订戒烟计划,并付诸行动,在戒烟

过程中要掌握对吸烟行为的抵抗技巧。把吸入体内的尼古丁排泄出来大约需要两周左右的时间，所以，把戒烟计划延长到2~3周的时间是最理想的。

④ 早晨起床后，用毛巾蘸湿冷水后擦拭皮肤，增加血液循环。当你想抽烟的时候，就喝一大杯水，多吃水果，这些水和水果会帮助戒烟者不断的排出蓄积在体内和大脑里的尼古丁。每天多做几次有节奏的深呼吸。因为大脑细胞需要的氧供应量是其他器官的5倍，通过深呼吸进入到大脑中的氧气会帮助戒烟者镇定神经，降低对吸烟的兴趣。

⑤ 尽量不要喝酒，因为酒精会抑制人的大脑，削弱人的意志、理智和判断力。

⑥ 参加晚宴会后立即离开饭桌，到外面去散步。保证充足的睡眠，心情放松。

⑦ 不要喝含咖啡因的饮料，如咖啡、可乐和浓茶，因为咖啡因的某些作用类似尼古丁。

⑧ 就餐时忌食胡椒、辣椒和其他辛辣食物。

⑨ 有人戒烟后，体重会有所增加。控制体重应适当调整自己的饮食结构。不吃高脂肪、高热量、高糖的食物；不在两正餐之间加餐或吃零食；重视早餐，晚餐适量，吃饭只能吃到八分饱的程度；忌食肥肉；每天坚持体育锻炼。戒烟后感觉有些头痛，这说明你正在逐渐摆脱烟瘾的束缚，头痛是烟瘾消退时可能出现的一种自然现象，持续几天后，这种脱瘾症状就会完全消失。在这一模式中，处于思考前期的人不想戒烟；随着对吸烟危害性认识的增强，吸烟者会进入思考期，这一阶段的吸烟者往往处于进退两难的境地，一方面认识到应该戒烟，另一方面仍与烟难以割

舍；经过长期的思考，吸烟者将进入准备期，处于准备阶段的人开始计划戒烟；接着他们把戒烟付诸实施，即进入了行动期；紧随着行动期的是维持期，在这一阶段戒烟的行为得到巩固；如果这种巩固不能维持下去，吸烟者将进入复吸期，再次回到思考期或思考前期。如果维持期持续下去，他们将戒烟成功。

十一、轻松戒烟八法

① 消除紧张情绪，紧张的工作状况是你吸烟的主要起因吗？如果是这样，那么拿走您周围所有的吸烟用具，改变工作环境和工作程序。在工作场所放一些无糖口香糖、水果、果汁和矿泉水，多做几次短时间的休息，到室外运动运动，运动几分钟就行。

② 加强戒烟意识，明确目标改变工作环境及与吸烟有关的老习惯，戒烟者会主动想到不再吸烟的决心。要有这种意识，即戒烟几天后味觉和嗅觉就会好起来。

③ 寻找替代办法，戒烟后的主要任务之一是在受到引诱的情况下找到不吸烟的替代办法，如做一些技巧游戏，使两只手不闲着，通过刷牙使口腔里产生一种不想吸烟的味道，或者通过令人兴奋的谈话转移注意力。如果你喜欢每天早晨喝完咖啡后抽一支烟，那么你把每天早晨喝咖啡变成喝茶。

④ 少参加聚会，刚开始戒烟时要避免受到吸烟的引诱。如果有朋友邀请你参加非常好的聚会，而参加聚会的人都吸烟，那么至少在戒烟，初期应婉言拒绝参加此类聚会，直到自己觉得没有烟瘾为止。

⑤ 游泳、踢球和洗蒸汽浴，经常运动会提高情绪，冲淡烟

瘾，体育运动会使紧张不安的神经镇静下来，并且会消耗热量。

⑥ 扔掉吸烟用具，如烟灰缸、打火机和香烟都会对戒烟者产生刺激，应该把它们统统扔掉。

⑦ 转移注意力，尤其是在戒烟初期，多花点钱从事一些会带来乐趣的活动，以便转移吸烟的注意力，晚上不要像通常那样在电视机前度过，可以去按摩，听音乐，上网冲浪，或与朋友通电话讨论股市行情。

⑧ 经受得住重新吸烟的考验，戒烟后又吸烟不等于戒烟失败，吸了一口或一支烟后并不是“一切都太晚了”，但要仔细分析重新吸烟的原因，避免以后重犯。

十二、应对烟瘾发作的九项措施

① 尽可能做些别的事转移注意力。应当试改变或避开这种令自己想吸烟的情况。

② 在室外站直进行深呼吸，几分钟后烟瘾就会减弱。

③ 逐一提醒自己戒烟的原因。

④ 如果可能尽量在没有人吸烟的环境当中工作。

⑤ 写一封信或打一个电话。

⑥ 喝一大杯水也可吃一点高蛋白食物。

⑦ 嚼一片不含糖分的口香糖。有些人认为镇静剂或戒烟药片有帮助，但这些药并非对每个人都有效，故应先征询医师意见。

⑧ 回想吸烟的种种害处如：只要一根烟就可使动脉收窄、血压升高和心脏增加额外负担1.5小时。

⑨ 提醒自己，世界上有成千上万的人已经成功戒烟，你也一定可以。

十三、戒烟门诊医生如何帮你戒烟

要成功戒烟，烟民的意志和信念都非常重要。当然，目前已经有了协助烟民戒烟的临床指南。若这是你第一次尝试戒烟，你应该坚定信念，告诉自己一定能成功。若你曾试过戒烟失败也不要轻易放弃，因为戒烟未必能够一次成功。请记着，戒烟是踏进健康生活的第一步。其实有很多方法可协助你成功戒烟。选择一个适合你的戒烟方法，便能增加你成功戒烟的机会。有关戒烟的方法请参阅戒烟资料。

对于愿意戒烟的吸烟者采用5A法进行治疗，即“询问(ask)、建议(advice)、评估(assess)、帮助(assist)和安排随访(arrange)”。

第一步 询问，了解患者是否吸烟。

第二步 建议，强化吸烟者的戒烟意识，强化吸烟者的戒烟意识，就是要用一种清晰的、强烈的、个性化的方式，劝说每一位吸烟者戒烟。第一点，告诉吸烟者“毫不犹豫地”戒烟。第二点，强调戒烟的重要性。第三点，告知吸烟者为什么应该戒烟。结合吸烟者的病史和症状，以及被动吸烟对吸烟者的孩子和家庭的危害等，告知吸烟者为什么应该戒烟。

第三步 评估，明确吸烟者戒烟的意愿。

第四步 帮助帮助吸烟者戒烟。

①帮助吸烟者树立正确的观念；②审查戒烟的理由；③让吸烟者观察自己的吸烟类型；④确定开始戒烟的日期；⑤创造一个有助于吸烟者戒烟的环境；⑥回顾以往的戒烟经历；⑦对面临的挑战要有思想准备；⑧选择适当的戒烟方法；⑨鼓励使用戒烟药

物;⑩控制吸烟者持续的吸烟欲望;⑪处理戒断症状;⑫给自己一些适当的奖励;⑬处理容易使吸烟者复吸的危险情况;⑭提供辅助材料;⑮提供电话咨询。

第五步 随访。

①称赞吸烟者戒烟成功;②证实吸烟者的戒烟疗效;③对没有再次吸烟者的忠告;④提醒持续戒烟的患者,防止复吸。



十四、戒烟药物有哪些

世界卫生组织(WHO)建议使用的戒烟辅助药中,一线药物包括尼古丁替代疗法类产品(包括尼古丁贴片、尼古丁咀嚼胶、尼古丁鼻喷剂、尼古丁吸入剂和尼古丁舌下含片)和盐酸安非他酮。所有的尼古丁替代疗法剂型均有效,大都使戒烟成功率加倍。二线药物是指在一线药物无效时临床医生可选用的药物,包括可乐定和去甲替林。

1 尼古丁贴片

尼古丁贴片使用时需选取躯干或四肢的清洁、干燥、无毛、没有伤口的部位，撕去保护纸后迅速将之粘贴到相应的部位，同时紧压10~20秒，以确保贴的牢固。不同的剂量规格保留时间不一。目前主要有16小时和24小时两种类型。规定的保留时间过后，撕下旧的贴片，在粘新贴片时要更换不同的部位。标准疗程一般为12周，治疗时间不推荐超过6个月。然而，某些戒烟者为了避免复吸可能需要治疗更长的时间。

2 尼古丁咀嚼胶

美国食品与药品管理局（FDA）于1984年批准尼古丁咀嚼胶剂上市，1995年批准为非处方药。剂型有2毫克/片和4毫克/片。应该根据患者对尼古丁依赖程度来选择咀嚼胶的规格。尼古丁依赖程度低者使用2毫克规格咀嚼胶。尼古丁依赖程度高（FTND≥6或者吸烟>20支/天）或者早期使用2毫克规格咀嚼胶治疗失败者，应该使用4毫克规格咀嚼胶。咀嚼技巧，为预防尼古丁戒断症状，或有吸烟欲望时，可使用一片咀嚼胶。开始时应慢慢地咀嚼，30分钟后所有尼古丁会从咀嚼胶中释放出来。咀嚼时，尼古丁透过口腔黏膜直接进入体内，吞咽下的尼古丁在胃中被分解而失去作用，并可引起不适，因此不要强烈地咀嚼。大部分吸烟者每天需用8~12片合适剂量的咀嚼胶，每天最大剂量不超过24片咀嚼胶。疗程长短因人而异，一个疗程至少需要3个月。然后持续减少尼古丁用量。当每天只需1~2片尼古丁咀嚼胶时，疗程便可结束，不主张使用尼古丁咀嚼胶超过1年。在使用咀嚼胶前15分钟内，避免饮用咖啡、果汁和碳酸饮料。使用咀嚼胶的同时避免进

食或者饮水。副作用包括恶心、下颌关节酸痛、消化不良、打嗝等。优点是使用者能自行控制剂量并代替吸烟时的口感。

3 尼古丁鼻喷剂

尼古丁鼻喷剂具体用法是:当吸烟者有吸烟欲望时,头稍微后仰,将制剂喷入鼻孔,尼古丁可通过鼻黏膜吸收。鼻喷剂中的尼古丁较贴剂或咀嚼胶中的尼古丁更易吸收。通常鼻喷剂的初始剂量为每小时喷1~2次(每喷1次约0.05毫升,含尼古丁0.5毫克),最高剂量为每天喷80次(大约半瓶),最佳剂量为每天至少喷16次。疗程一般为8周,再用4~6周逐渐停用,以防止戒断症状的发生。使用时需注意喷鼻时不要用鼻吸气或吞咽。副作用包括鼻部刺激感、打喷嚏、咳嗽、流眼泪等。

4 尼古丁吸入剂

尼古丁吸入剂的具体用法是初始剂量一般为4~12支/日,通常每喷一次需呼吸20分钟后再喷下一次;经调整后一旦确立了最佳剂量,就要维持3个月,然后再用3个月逐渐减量至停用。通过吸入剂吸入的尼古丁实际上并不是真正的吸入,因为尼古丁主要不通过肺吸收,而是通过口腔黏膜、食管和胃吸收,因此不易成瘾,使用安全、有效。

5 尼古丁舌下含片

尼古丁舌下含片起效迅速,释放均匀。与其他剂型相比,尼古丁舌下含片提高了尼古丁的稳定性,解决了尼古丁易挥发、遇光和空气易氧化等问题,并且使尼古丁的释放不受pH值的影响;提高了生物利用度,减少了因口服给药对胃肠道的刺激,并避免

了首过效应；含化时间延长，符合吸烟者的习惯，利于帮助戒烟；服用方便。剂量规格是2毫克/片，起始剂量是1~2片//小时，最高剂量20片/日，应用4周后逐渐减量，推荐治疗时间为12周。

盐酸安非他酮，一种具有多巴胺能和去甲肾上腺素能的抗抑郁剂，是口服药，至少在戒烟前1周开始服用，疗程为7~12周。使用容易，不含尼古丁。副作用有口干、易激惹、失眠、头痛和眩晕等。癫痫患者、并用单胺氧化酶抑制剂者、厌食症或不正常食欲旺盛者禁用。对于尼古丁严重依赖的吸烟者，联合应用尼古丁替代治疗可使戒烟效果增加。

6 可乐定

为α2–肾上腺素能受体激动剂，可减少戒断期中枢蓝斑部位去甲肾上腺素能神经元放电，进而减轻戒断症状中交感神经系统功能亢进的症状。剂量为0.1~0.3 毫克，每天两次，使用3~10周。副作用包括口干、忧郁、头昏等。因可乐定具有降血压作用，使用受到限制，一般只用于较重的依赖者。

去甲替林 晟三环类抗抑郁剂，具有抗胆碱作用和拟肾上腺素能作用，能提高情绪、减轻焦虑、改善睡眠等。研究显示，去甲替林可提高戒烟疗效。一般戒烟前10~28天使用，25毫克/日，之后增加剂量到75~100毫克/日，使用12周。副作用包括口干、镇静、头昏等。

7 伐尼克兰

最近在美国和欧洲上市的一种用于帮助成年烟民戒烟的戒烟药，目前已在中国上市。副作用轻微，戒烟成功率高。